

ESSAI CRITIQUE PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc)

PAR
VANESSA CHARBONNEAU

PERCEPTIONS D'ERGOTHÉRAPEUTES QUANT À LA COMPÉTENCE
CULTURELLE ET À LEUR SENTIMENT DE COMPÉTENCE À INTERVENIR
AUPRÈS DE CLIENTS AYANT UNE CULTURE DIFFÉRENTE DE LA LEUR

DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

À la mémoire de Roxanne Boisvert, qui croyait très fort en ce projet.

*Peux-tu peindre en mille couleurs l'air du vent?
-Pocahontas*

REMERCIEMENTS

Mes remerciements les plus sincères vont d'abord à madame Marie-Josée Drolet, sans qui ce projet n'aurait pu être réalisé. Dès le début, tu as cru en moi et en ce projet, merci. Ta patience, ton écoute et (le-mot-que-je-ne-trouve-pas-pour-ce-que-je-veux-dire) auront été des outils déterminants de ma réussite! Merci aussi à madame Noémi Cantin pour ses précieux conseils qui m'ont permis de vaincre le syndrome de la page blanche et d'autres de mes démons.

Je tiens également à remercier chacun des ergothérapeutes qui ont accepté de participer à mon projet. Leur précieuse collaboration, leur accueil et leur ouverture m'auront permis de réaliser ce projet de recherche.

Et surtout, j'aimerais exprimer un merci bien spécial à mes collègues de classe et de séminaire, avec qui j'ai fait équipe dans ces circonstances si particulières afin de mener à terme ce projet. Je suis persuadée que de là-haut, Roxanne est fière de nous et qu'elle jubile devant tout l'amour qu'on se donne. Merci à mes collègues pour tous les encouragements, merci à mes précieuses amies de « la communauté » pour nos 1001 moments de distractions (indispensables!) et merci à ma famille, principale commanditaire de cette réussite scolaire, pour les rappels réguliers à la discipline (indispensables aussi, j'imagine). Aussi, un gros merci à mon copain pour avoir été aussi parfait lors de cette période si exigeante.

Finalement, merci à monsieur H pour avoir immortalisé chacun des moments glorieux de mon parcours universitaire.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	i
Table des matières	ii
Liste des tableaux	iv
Liste des figures	v
Liste des abréviations.....	vi
Résumé	vii
1. Introduction.....	1
2. Problématique	3
2.1 La nécessité de la compétence culturelle au Canada	3
2.1.1 Le Canada : un état pluriculturel	3
2.1.2 L'influence de la culture sur la santé des personnes et des communautés .	7
2.1.3 Les iniquités en santé au Canada reliées à la culture	8
2.1.4 Le rôle des ergothérapeutes	10
2.2 Contribution de la recherche	12
2.2.1 La pertinence scientifique	12
2.2.2 La pertinence sociale	12
2.2.3 La pertinence professionnelle	13
2.3 Les questions et les objectifs de recherche	14
2.3.1 Les questions à l'origine de l'étude	14
2.3.2 Les objectifs de l'étude	15
3. Cadre conceptuel	16
3.1 La culture	16
3.2 La compétence culturelle	18
3.3 La sécurité culturelle	20
3.4 L'approche centrée sur le client	21
3.5 Modèle de la culture et de l'occupation	23
3.5.1 Exploration de soi	23
3.5.2 Connaissances culturelles	24
3.5.3 Habiletés culturelles	25

4. Méthode	26
4.1 Devis de recherche	26
4.2 Participants	27
4.3 Collecte de données	27
4.3.1 Questionnaire socio démographique	28
4.3.2 Entrevue semi-structurée	28
4.4 Analyse des données	28
4.5 Considérations éthiques	29
5. Résultats	31
5.1 Description des participants	31
5.2 La compétence culturelle	33
5.3 Facilitateurs à l'actualisation de la compétence culturelle	36
5.4 Obstacles à l'actualisation de la compétence culturelle	38
5.5 Développement de la compétence culturelle	41
5.6 Sentiment de compétence perçu par les ergothérapeutes	42
6. Discussion	45
6.1 Retour aux questions et objectifs de l'étude	45
6.2 Comparaison entre les résultats de cette étude et ceux des écrits	46
6.2.1 La compétence culturelle	46
6.2.2 Facilitateurs et obstacles à la réalisation de la compétence culturelle	48
6.2.3 Développement de la compétence culturelle	50
6.2.4 Sentiment personnel de compétence culturelle	52
6.3 Forces et limites de l'étude	53
6.4 Retombées de la recherche	55
7. Conclusion	58
Références	60
Annexe A Questionnaire socio démographique	66
Annexe B Canevas d'entrevue	67
Annexe C Certificat d'éthique	68
Annexe D Lettre d'information et formulaire de consentement	69
Annexe E Lettre de recrutement	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 <i>Description des participants</i>	32
Tableau 2 <i>Thématiques abordées par les participants en relation avec la compétence culturelle</i>	34
Tableau 3 <i>Facilitateurs à la compétence culturelle identifiés par les participants</i>	37
Tableau 4 <i>Obstacles à la compétence culturelle identifiés par les participants</i>	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1 <i>Sentiment d'aisance en la présence d'individus de diverses cultures par les participants</i>	42
Figure 2 <i>Sentiment de compétence culturelle perçu par les participants</i>	43

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
CIH-2	Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
MCRO	Modèle canadien du rendement occupationnel
PPH	Processus de production du handicap
P[#]	Participant 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 selon le numéro indiqué
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : Les ergothérapeutes sont appelés à travailler auprès d'individus qui appartiennent à des cultures différentes (Black et Wells, 2007), d'autant plus dans un pays comme le Canada qui est pluriculturel (Statistique Canada, 2010a). Puisque la culture influence les comportements de santé, il importe de documenter la façon d'assurer des pratiques sécuritaires culturellement afin de procurer des soins et services de santé appropriés et de qualité. **Objectifs** : Cet essai vise à explorer et décrire les perceptions d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle, son développement et à leur sentiment de compétence à intervenir auprès de clientèles appartenant à des cultures différentes de la leur. Il décrit également des barrières et facilitateurs à une pratique ergothérapique considérée comme compétente sur le plan de la culture. **Cadre conceptuel** : Certains concepts clés étroitement liés à la compétence culturelle et à la pratique ergothérapique (culture, compétence culturelle, sécurité culturelle, approche centrée sur le client) ainsi que le modèle de Black et Wells (2007) ont orienté la conception de cette recherche. **Méthode** : Une recherche qualitative de type phénoménologique descriptive a été utilisée afin de décrire les perceptions des ergothérapeutes des phénomènes à l'étude. Les six participants, tous des ergothérapeutes, ont été sélectionnés selon leur milieu de pratique. La saturation des données, bien que souhaitable, n'était pas nécessairement visée et n'a pas été atteinte. Un questionnaire sociodémographique a été utilisé et des entrevues individuelles semi-structurées ont été effectuées. **Résultats** : Selon les participants à cette recherche, être compétent culturellement consiste à être conscient de la diversité culturelle, à connaître les impacts de la culture sur les interactions sociales, à faire preuve de flexibilité tant dans l'approche à utiliser que dans les interventions à mettre en place, à posséder de bonnes habiletés de communication, à être centré sur le client et à être capable d'établir une relation thérapeutique favorable. Les participants mentionnent avoir reçu peu de formations sur la compétence culturelle. Ils attribuent le développement de cette compétence davantage à l'expérience terrain ainsi qu'aux voyages. Les facilitateurs ainsi que les obstacles à l'actualisation de la compétence culturelle identifiés sont majoritairement des éléments de l'environnement ou des personnes en elles-mêmes. Enfin, les ergothérapeutes ont conscience de l'importance de considérer l'aspect culturel dans leur pratique quotidienne, mais se sentent peu compétents sur ce plan. **Discussion** : Les participants n'ont en majorité pas pu décrire explicitement le concept faisant l'objet de cette recherche. Le peu de formations actuellement disponibles au Québec pourrait en être la cause. **Conclusion** : Plusieurs pistes de solutions s'offrent aux acteurs du domaine de la santé afin que le rôle de la culture soit considéré à sa juste valeur. Si des outils sont mis à la disposition des apprentis et des professionnels de la santé, que les ergothérapeutes, les gestionnaires ainsi que les chercheurs font de la culture l'une de leurs priorités, la sécurité culturelle des clients dans le cadre des interventions ergothérapiques pourra alors être assurée et la clientèle sera inévitablement mieux desservie et de manière plus équitable.

Mots clés : culture, compétence culturelle, ergothérapie, compétence professionnelle, diversité, équité

Keywords : culture, cultural competence, occupational therapy, professional competence, diversity, equality

1. INTRODUCTION

Le Canada est un pays pluriculturel (Statistique Canada, 2010a). Sa diversité culturelle s'observe sur plusieurs plans, incluant les origines ethniques de ses habitants, leurs statuts socioéconomiques variés, leurs opinions politiques différenciées, la présence de minorités visibles ainsi que la diversité linguistique et religieuse de ses citoyens, pour ne nommer que ces aspects. Dans le domaine de la santé et des services sociaux¹, la diversité culturelle qui caractérise la population canadienne engendre inévitablement des relations thérapeutiques définies par l'interculturalité (Dhillon et Dhiman, 2011). Les ergothérapeutes sont appelés à travailler auprès d'une grande variété d'individus qui appartiennent à des cultures différentes (Black et Wells, 2007). Ce faisant, les bénéficiaires de soins et de services de santé, souvent en situation de vulnérabilité relative, doivent composer avec le fait de devoir faire confiance à des intervenants qui ne partagent parfois pas les mêmes valeurs ou les mêmes croyances qu'eux, particulièrement en regard de ce qu'est la santé ou la maladie.

Plusieurs auteurs, dont Black et Wells (2007) ainsi que Tseng et Streltzer (2008) rapportent que la culture influence les comportements de santé, ce qui réfère aux comportements adoptés par les individus afin de se maintenir en santé. Comme ces comportements peuvent parfois différer de ceux qui sont valorisés par les intervenants du réseau de la santé qui adhèrent à des paradigmes différents, il arrive que les personnes issues de minorités culturelles ne se sentent pas desservies par des intervenants et des institutions qui contribuent à leur sécurité culturelle². Plus encore, ces personnes peuvent même être victimes d'ethnocentrisme ou de discrimination (Hart, Hall, et Henwood, 2003). Il importe donc de documenter la façon d'assurer des pratiques sécuritaires culturellement pour diminuer les iniquités vécues par les bénéficiaires de soins de santé dans notre société. Les professionnels de la santé, dont font partie les ergothérapeutes, doivent mieux comprendre les

¹ Dans le but d'alléger le contenu du texte, il est à noter que tout au long de cet écrit, chaque utilisation des termes « soins de santé » implique aussi les services sociaux.

² La notion de sécurité culturelle est explicitée dans la section 3.3 de cet essai.

comportements des personnes auprès desquelles ils interviennent (Watson, 2006) afin de procurer des services de santé et de réadaptation appropriés et de qualité, c'est-à-dire des interventions qui assurent aussi la sécurité culturelle des personnes et des communautés.

Ce travail de recherche porte donc sur les perceptions d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle, à son développement ainsi qu'au sentiment de compétence des ergothérapeutes à intervenir auprès de clientèles appartenant à des cultures différentes de la leur. En premier lieu, la problématique est exposée afin d'explorer la nécessité pour les professionnels de la santé d'être compétents culturellement au Canada et de spécifier la contribution d'une telle recherche. Ensuite, dans la section consacrée au cadre conceptuel, les principaux concepts aux assises de cette recherche sont définis. Puis, la méthode utilisée pour atteindre les objectifs de l'étude et générer les résultats de la recherche est présentée. La section suivante est consacrée aux résultats de ce projet de recherche et est suivie d'une discussion. Finalement, une courte conclusion résume les points notables de ce travail de recherche et précise les suites recommandées à cette recherche.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette seconde section de l'essai critique, consacrée à la problématique de la présente recherche, comprend trois parties. La première partie explique la nécessité pour les professionnels de la santé, dont font partie les ergothérapeutes, d'être compétents sur le plan de la culture dans leur pratique professionnelle. La seconde partie de cette section démontre la pertinence de réaliser la présente recherche, tandis que la troisième spécifie la question à l'origine de cette étude ainsi que les objectifs qui en découlent.

2.1 La nécessité de la compétence culturelle au Canada

Cette section permet de dresser un portrait global du pluralisme culturel qui caractérise le Canada. De plus, le rôle de la culture quant aux comportements de santé des personnes et des communautés est davantage défini afin d'exposer les iniquités en santé observées dans le pays et d'aborder le rôle que tiennent les ergothérapeutes eu égard à cette problématique.

2.1.1 Le Canada : un état pluriculturel

Chaque année, le Canada accueille plus de 200 000 immigrants de partout dans le monde (Statistique Canada, 2010b). « Par sa population immigrante, les origines ethniques de ses habitants, sa population de minorités visibles ainsi que sa diversité linguistique et religieuse, le Canada est une mosaïque ethnoculturelle » (Statistique Canada, 2013a). Il a été relevé que « parmi les pays du G8, le Canada comptait la plus forte proportion de personnes nées à l'étranger (20,6 %) » (Statistique Canada, 2013a). D'ailleurs, plus de 200 origines ethniques ont été recensées dans le cadre de l'*Enquête nationale auprès des ménages* de 2011, « dont 13 groupes d'origines ethniques différentes ont franchi la barre du million de personnes (Statistique Canada, 2013a). En 2011 :

les citoyens canadiens de naissance formaient plus des trois quarts (78,3 %) de la population totale. Les citoyens canadiens par naturalisation (c'est-à-dire le processus par lequel les immigrants acquièrent la citoyenneté canadienne) représentaient 15,8 % de la

population. La proportion restante de 6,0 % n'avait pas la citoyenneté canadienne (Statistique Canada, 2013a).

Selon les projections, près de la moitié des Canadiens (46 %) « de 15 ans ou plus serait en 2031 soit née à l'étranger, soit aurait au moins un parent né à l'étranger » (Statistique Canada, 2010a).

Certaines caractéristiques de la population, comme la langue ou la religion, sont des témoignages explicites de la diversité culturelle du Canada. En 2006, 20 % de la population avait une langue maternelle autre que les deux langues officielles du pays, soit l'anglais et le français (Statistique Canada, 2010a). De plus, lors du recensement de la population de 2011, plus de 200 langues ont été identifiées comme langues maternelles ou utilisées à la maison (Statistique Canada, 2012a). En 2011, c'est encore le cinquième de la population du Canada qui « parlait une langue autre que le français ou l'anglais à la maison [...] exclusivement ou conjointement avec le français ou l'anglais » (Statistique Canada, 2012a).

Quant à la religion, les résultats de l'*Enquête nationale auprès des ménages* de 2011 ont montré que 67,3 % de la population du Canada appartient à une religion chrétienne, tandis qu'environ le quart de la population du Canada (23,9 %) ne possède pas d'appartenance religieuse (Statistique Canada, 2013a). Près de 7 % de la population du Canada a mentionné appartenir à une religion autre que chrétienne, par exemple musulmane, hindoue ou bouddhiste (Statistique Canada, 2013a) et selon les projections, « la population qu'ils représentent [population de confessions religieuses autres que chrétiennes] pourrait passer à environ 14 % » (Statistique Canada, 2010a) d'ici 2031. Dans le cadre d'une étude (Statistique Canada, 2006) s'intéressant particulièrement aux Canadiens et à la religion, il est ressorti qu'environ 40 % des Canadiens auraient un faible niveau de religiosité³, 31 % des répondants seraient caractérisés comme assez religieux et 29 % d'entre eux seraient très religieux. De plus, « les personnes plus âgées [sont] plus susceptibles de s'adonner à

³ L'indice de religiosité correspond à la combinaison des quatre dimensions de la religiosité, soit l'appartenance, la participation, les pratiques personnelles et l'importance de la religion (Statistique Canada, 2006).

des activités religieuses de façon personnelle et de participer à des services religieux » (Statistique Canada, 2006).

La diversité de la nation s'observe également sur certains plans plus discrets comme le niveau d'éducation, les types de famille, la présence d'incapacités ainsi que bien d'autres caractéristiques. En ce qui concerne l'éducation, une étude (Statistique Canada, 2010c) a révélé que pour la période 2009-2012, 8,5 % des jeunes de 20 à 24 ans n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. Aussi, « le taux de décrochage de l'école secondaire des jeunes de 20 à 24 ans vivant à l'extérieur des plus grandes villes du Canada était presque le double de celui de leurs pairs des grandes villes (15,5 % comparativement à 7,9 %) » (Statistique Canada, 2010c). De plus, le taux de décrochage chez « les membres des Premières nations vivant à l'extérieur des réserves, les Métis et les Inuits âgés de 20 à 24 ans » (Statistique Canada, 2010c) s'élevait pour sa part à 22,6 %.

Des tendances concernant les ménages de la population canadienne ont été observées selon les types de famille qu'ils forment. Il est ressorti que « les parents de familles recomposées sont plus susceptibles d'avoir vécu un plus grand nombre d'union au cours de leur vie » (Statistique Canada, 2012b). Effectivement, « les trois quarts des parents de familles recomposées en étaient à leur deuxième ou troisième union » (Statistique Canada, 2012b). Quant aux individus provenant d'une famille intacte, c'est 16 % d'entre eux qui vivaient une situation semblable (Statistique Canada, 2012b). Les adultes formant une famille recomposée sont également beaucoup plus susceptibles de partager une union libre que ceux des familles dites intactes. Concrètement, « 48 % des parents de familles recomposées vivaient en union libre en 2011, par rapport à 14 % des parents de familles intactes » (Statistique Canada, 2012b).

En 2012, une enquête canadienne sur l'incapacité a été menée afin de mettre en lumière les différents soutiens offerts aux personnes ayant une incapacité ainsi que de dresser le profil de leur participation au sein de la société. Dans le cadre de cette étude, 13,7 % de la population adulte ont déclaré « être limités dans leurs

activités quotidiennes à cause d'une incapacité » (Statistique Canada, 2013b). De ce nombre, 26 % avaient une incapacité très sévère, 22,5 % une incapacité sévère, 19,8 % une incapacité modérée et 31,7 % une incapacité légère (Statistique Canada, 2013b). Il a également été démontré que la prévalence de l'incapacité prend de l'ampleur avec l'âge de la population. Dans les faits, en 2012, 10,1 % des Canadiens âgés entre 15 et 64 ans ont déclaré avoir une incapacité en comparaison à 33,3 % des aînés (65 ans et plus) (Statistique Canada, 2013b).

D'autre part, la présence des peuples autochtones au sein de la population canadienne est une particularité abordée sous plusieurs angles dans les écrits. Lors de l'enquête nationale auprès des ménages de 2011, 4,3 % de l'ensemble de la population du Canada a été répertorié comme ayant une identité autochtone (Statistique Canada, 2013c). Il est à noter que « la population autochtone s'est accrue de 20,1 % entre 2006 et 2011, comparativement à une croissance de 5,2 % de la population non autochtone » (Statistique Canada, 2013c). Puis, comme dans la citation suivante :

comparativement à l'ensemble de la population du Canada, la population autochtone est encore très jeune et devrait par conséquent continuer de croître plus rapidement que l'ensemble de la population. Selon le scénario de la croissance moyenne⁴, il devrait y avoir 1 420 000 Autochtones d'ici 2017, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 1,8 % ou une croissance de 33,1 % sur 16 ans. Le taux serait plus du double de celui qui est projeté pour l'ensemble de la population du Canada (une croissance annuelle moyenne de 0,7 %, soit une croissance de 12,0 % pour la même période de 16 ans) (Statistique Canada, 2005).

Environ le cinquième de la population autochtone (21,5 %) était, en 2011, établi en Ontario (Statistique Canada, 2013c). Puis, « en 2011, [3,6% des] enfants autochtones étaient en famille d'accueil, comparativement à 0,3 % des enfants non autochtone » (Statistique Canada, 2013c).

⁴ Le scénario de croissance moyenne est basé sur une hypothèse du maintien des tendances migratoires observées de 1996 à 2001 et d'une diminution de la fécondité et de la mortalité (Statistique Canada, 2005).

La diversité d'une population se traduit par une multitude de différences sur plusieurs plans. Bien que l'ethnie, la religion, la langue, l'éducation, le type de famille ainsi que la présence d'incapacités aient été abordés dans cette section, plusieurs autres éléments auraient pu être discutés. Notamment, l'opinion politique, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique, le degré de littératie, l'appartenance à une certaine génération, le type de profession ou de métier, l'âge ou encore le genre sont autant de caractéristiques qui rendent compte de la pluralité culturelle d'une société.

2.1.2 L'influence de la culture sur la santé des personnes et des communautés

La diversité qui caractérise la population canadienne engendre inévitablement, dans le domaine de la santé, des relations thérapeutiques définies par l'interculturalité (Dhillon et Dhiman, 2011). Les ergothérapeutes sont effectivement destinés à travailler auprès d'une grande variété d'individus (Black et Wells, 2007) et doivent être conscients de l'influence que la culture a sur les croyances et les comportements de santé des individus (American Medical Association, 2002; Murden et coll., 2008) autant en regard des personnes auprès desquelles et avec lesquelles ils interviennent que d'eux-mêmes.

Cole (2012) affirme que le contexte culturel d'une personne façonne sa perception des rôles qu'elle occupe et l'idée qu'elle se fait de ces rôles, c'est-à-dire comment elle conçoit que ceux-ci doivent être tenus. Ainsi, les individus se font une idée de ce qu'est la santé ou de ce qu'est la maladie, de comment, quand et vers qui aller chercher de l'aide, de comment agir pour se rétablir ou de comment entrer en relation avec les professionnels de la santé, tout cela selon leur bagage culturel (Munoz, 2007; Pérez et Luquis, 2008; Tseng et Streltzer, 2008). De plus, les différentes composantes de la culture ont un impact non négligeable sur le sens qu'accordent les individus aux occupations et à leur accomplissement (Sakellariou et Pollard, 2009 cités dans Hammell, 2013). Ce faisant, ce qui peut être considéré comme une situation de handicap pour certaines personnes peut l'être davantage ou au contraire pas du tout pour d'autres individus (Iwama, Thomson et Macdonald, 2009), en ceci que certaines occupations, par exemple se laver ou faire ses courses de façon autonome, ne revêtent pas la même importance pour l'un que pour l'autre.

D'autre part, si le bagage culturel influence la vie de chaque individu, chaque ergothérapeute est donc aussi concerné par l'importance de l'impact de sa propre culture sur sa perception de la santé, des soins et de la réadaptation en général. Plusieurs facteurs influencent la perception de l'ergothérapeute de la profession ergothérapique. Puisque chaque personne reflète la culture dans laquelle elle s'est développée et s'épanouit, il est inévitable que la pratique de l'ergothérapie soit diversifiée de par le monde. Bien que les ergothérapeutes partagent des fondements professionnels communs, leur pratique ne peut être uniforme en raison des différents contextes culturels qui leur sont propres (traduction libre de Watson, 2006, p.151).

2.1.3 Les iniquités en santé au Canada reliées à la culture

À ce jour, les chercheurs canadiens se sont principalement intéressés aux iniquités en matière de santé liées à l'ethnie ou à la situation socioéconomique des personnes. Des chercheurs ont d'ailleurs montré que les membres de communautés minoritaires, les individus ayant de faibles revenus et ceux ayant moins d'éducation vivent des iniquités considérables sur le plan de la santé (Lebrun et Shi, 2011). D'autres ont fait ressortir que les immigrants doivent composer avec plus d'obstacles que les citoyens canadiens de naissance pour accéder aux soins, notamment en raison de moins bonnes assurances santé, de barrières relatives à la langue, de la discrimination et des différences culturelles dans la perception de la santé et des soins (Tseng et Streltzer, 2008; Lebrun et Shi, 2011).

En 2011, Lebrun et Shi avaient pour objectif d'explorer de quelle façon les interactions entre la nationalité, l'ethnie et le statut socioéconomique expliquent les patrons d'accès aux soins de santé des populations d'une ethnie et d'un statut économique différents de celui de la majorité d'une population. Ils ont eux aussi trouvé un lien entre le niveau de scolarité et l'accès aux soins de santé (Lebrun et Shi, 2011). Toutefois, ils indiquent que si une éducation supérieure est reliée à une plus grande accessibilité ainsi qu'une plus grande utilisation des soins de santé, les immigrants ne semblent pas bénéficier de cette combinaison en raison des autres barrières auxquelles ils font face (traduction libre de Lebrun et Shi, 2011, p.1093). Ils ont également, eux aussi, conclu que les individus ayant de meilleurs revenus

rapportent davantage avoir accès aux soins et que les minorités ethniques qui présentent plus de difficultés que les « blancs » à obtenir les soins de santé nécessaires (Lebrun et Shi, 2013). Leurs résultats corroborent ceux de bien d'autres études comme l'ont dénoncé Viruell-Fuentes, Miranda et Abdulrahim (2012) aux termes d'une recension des écrits.

En ce qui concerne l'ergothérapie, Iwama, Thomson et Macdonald (2009) dénoncent le fait que la plupart des modèles de référence utilisés dans la pratique ergothérapique aient été élaborés dans un contexte occidental et que les concepts centraux de ces modèles peuvent être en rupture avec certains concepts valorisés par des cultures différentes de cultures dites occidentales. Ainsi, il devient difficile de pratiquer selon l'approche centrée sur le client préconisée en ergothérapie si les croyances des clients sont exclues ou en porte à faux avec les valeurs et les présupposés théoriques du modèle de référence utilisé par un ergothérapeute. L'application de ces modèles dans la pratique peut donc engendrer des iniquités à l'égard de clients, en ceci qu'ils n'auront pas accès à des services culturellement signifiants et sécurisants. D'autres auteurs sont également d'avis que les théories actuellement utilisées en ergothérapie sont susceptibles de ne pas contribuer à la sécurité culturelle des clients issus d'autres cultures (Hammell, 2013; Humbert, Burket, Deveney et Kennedy, 2011). Effectivement, plusieurs obstacles à la relation thérapeutique et donc à la réadaptation en soi peuvent être engendrés par la rencontre de deux ou de plusieurs cultures prônant des normes antagonistes, c'est-à-dire valorisant des idées contraires (traduction libre de Dhillon et Dhiman, 2011, p.29). Par exemple, plusieurs notions (comme l'autonomie) peuvent être perçues différemment par des personnes qui proviennent d'une famille préconisant des idées davantage collectivistes que des personnes croyant à des idées individualistes (Iwama, 2007). Effectivement, pour certains individus, l'idée de dépendre des personnes qui l'entourent peut être valorisée, en ceci que l'interdépendance est plus importante que l'indépendance personnelle. Ainsi, en promouvant l'autonomie dans la vie quotidienne, un ergothérapeute pourrait aller à l'encontre de cette valeur et même priver l'entourage du rôle qu'il est sensé jouer auprès du client (Iwama, 2007).

2.1.4 Le rôle des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes ont le devoir de considérer les perspectives et la diversité des clients (Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), 2002) dans le cadre de leur travail. Dans le *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*, l'ergothérapie est en partie décrite comme une profession qui prodigue des services « spécialisés, adaptés au contexte, holistiques et souples, afin de répondre aux conditions changeantes liées aux occupations, aux personnes et aux environnements associés au client » (ACE, 2002). Ainsi, l'ergothérapeute se doit d'intervenir auprès des clients qu'il dessert en prenant en considération le contexte culturel unique au sein duquel ce dernier fait partie. Autrement dit, l'ergothérapeute se doit d'être compétent culturellement, car telle est l'une des exigences éthiques de l'exercice de sa profession (Drolet, 2014a). Non seulement l'ergothérapeute doit accueillir la différence, mais il doit aussi respecter « les effets de l'âge, du sexe, de la religion, de l'orientation sexuelle, de l'ethnie, des croyances culturelles et des capacités sur la participation et la prise de décision partagée » (ACE, 2002, p.15) ainsi que des opinions politiques et du statut socioéconomique (Fédération mondiale des ergothérapeutes, 2005). Les professionnels de l'habilitation aux occupations (Townsend, Polatajko, Cantin et ACE, 2013) que sont les ergothérapeutes doivent non seulement respecter les règles des codes d'éthique et de déontologie professionnelle qui encadrent leur profession, mais également les valeurs et les principes éthiques qui balisent la pratique. Notamment, les ergothérapeutes sont dans l'obligation de « faire preuve de compétence, [d']adopter des attitudes et comportements appropriés, [de] faire preuve d'intégrité et d'altruisme, [de] prendre en compte la diversité et l'injustice » (ACE, 2002, p.7).

L'ergothérapeute doit travailler de manière à bâtir des « relations thérapeutiques positives avec les clients, qui sont caractérisées par la compréhension, la confiance, le respect, l'honnêteté et l'empathie » (ACE, 2002, p.8). Une telle relation thérapeutique ouvre les portes à la collaboration et facilite la remise du pouvoir au client. Dans un cas comme la rencontre entre deux cultures qui prôneraient des normes antagonistes, le thérapeute doit comprendre le rapport de

pouvoir qu'implique toute relation thérapeutique dans le but de ne pas faire un mauvais usage du pouvoir lié à son rôle d'aidant (Drolet, 2014a). Comme le plus grand remède réside dans la capacité des clients, il est du devoir de l'ergothérapeute de saisir le contexte culturel tout en permettant aux clients de croire en eux-mêmes et en ce qu'ils peuvent accomplir grâce à ce qu'ils sont et ce qu'ils ont (Dewhirst et Whittaker, 2011). L'ergothérapeute doit contribuer à la remise du pouvoir aux clients en évitant de leur imposer sa vision des choses, en partageant le processus décisionnel et en les appuyant dans leurs choix (Drolet, 2014a). Il est important de considérer la culture dans chacune des étapes du processus ergothérapique puisqu'elle fournit au thérapeute une façon de comprendre comment les gens s'organisent au sein d'une société, parce qu'elle influence le développement individuel et guide la vision du monde de chaque personne. « Pour cela, les ergothérapeutes doivent savoir comment adapter leurs pratiques à différents contextes sociaux, économiques et culturels et comment faire preuve d'un raisonnement clinique et réflexif continu » (Gerlach, Sullivan, Valavaara et Mc Neil, 2014, p.21). Ils se doivent de s'engager dans un processus réflexif constant s'ils désirent parvenir à développer des relations thérapeutiques positives et accomplir des habilitations efficaces. Effectivement, la pratique réflexive est un moyen de s'engager dans l'amélioration continue de ses compétences (Kinsella, 2000) dans le but de dispenser des soins de santé toujours de meilleure qualité (Osterman et Kottkamp, 1993) ainsi que plus accessible et équitable (Drolet, 2014a).

De plus, auprès de l'équipe et à titre de collaborateur compétent, l'ergothérapeute est appelé à « gérer les différences et les conflits pour veiller à ce que l'équipe soit constamment centrée sur les valeurs, les buts et les objectifs du client » (ACE, 2002, p.11). Puisque les conflits entre les personnes sont parfois des conflits de valeurs, la prise en compte des valeurs aux assises de la culture des personnes devrait être mises à jour, et ce, tant celles des clients que celles des intervenants (Drolet, 2014b). Effectivement, l'habileté de comprendre les fondements de l'ergothérapie, donc les valeurs qui soutiennent l'identité professionnelle, serait d'autant plus importante puisqu'elle favoriserait l'approche centrée sur le client, la

collaboration interprofessionnelle ainsi qu'une pratique davantage efficace sur les plans culturel et éthique (Drolet, 2014b). Le fait de prendre conscience de sa vision des êtres humains, de la santé et du monde permettra à l'ergothérapeute d'être plus ouvert à la différence (Drolet, 2014b) et ainsi de limiter les conflits.

2.2 Contribution de la recherche

2.2.1 La pertinence scientifique

La compétence culturelle est une compétence professionnelle pour laquelle un intérêt récent et croissant se présente dans les écrits. Depuis la fin des années 1980, le sujet a particulièrement été investi en soins infirmiers (Papps et Ramsden, 1996), puis dans le domaine de la psychologie (Suarez-Balcazar et coll., 2009). Toutefois, encore peu de données empiriques reliées à la compétence culturelle existent à ce jour en ergothérapie. Effectivement, la dimension culturelle de l'environnement a très peu été approfondie dans les théories centrales propres à l'ergothérapie ou dans les écrits liés à la profession (Hammell, 2013). De plus, jusqu'à présent, la majorité des études se concentrent sur la manière de réduire les obstacles pour intervenir correctement en contexte interculturel plutôt que sur le processus du développement de la compétence culturelle en elle-même (Munoz, 2007). Le concept de la culture, qui est ressorti comme étant une notion intégrée à plusieurs modèles de référence utilisés en ergothérapie comme la *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé* (CIH-2) (Organisation mondiale de la Santé, 2000), le *Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels* (MCRO-E) (ACE, 1997; Townsend, Polatajko et ACE, 2008) et le *Modèle de développement humain : Processus de production du handicap* (MDH-PPH) (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et St-Michel, 1998) mérite de se voir attribuer davantage d'intérêt dans la théorie (Hammell, 2013) pour parvenir à être également mieux compris et considéré dans la pratique ergothérapique.

2.2.2 La pertinence sociale

Dans le contexte actuel où le Canada est une nation avec une population diverse à maints égards, tel qu'expliqué à la section 2.1.1. Le Canada : un état

pluriculturel, il apparaît plus que pertinent de s'intéresser au phénomène de la compétence culturelle et au sentiment de compétence perçu des ergothérapeutes à intervenir auprès de clients appartenant à une culture distincte de la leur. Étant donné que la culture influence les comportements de santé (American Medical Association, 2002; Black et Wells, 2007), ce qui réfère aux comportements adoptés afin de maintenir sa santé (Tseng et Streltzer, 2008), il importe de documenter la façon d'assurer des pratiques sécuritaires culturellement pour diminuer les iniquités vécues par les bénéficiaires de soins de santé dans notre société. « Alors que les préjugés et les stéréotypes sont des attitudes, la discrimination est une action sociale » (Traduction libre de Cole, 2012, p. 357) qu'il faut envisager de réduire sans tarder (Black et Wells, 2007).

De plus, le fait de pouvoir compter sur des thérapeutes compétents culturellement serait, peut-on estimer, aussi bénéfique sur le plan économique puisqu'ils assureraient des interventions d'autant plus efficaces et efficientes. Effectivement, en réduisant les habilitations non efficaces, il est possible de penser que le risque de récurrence serait ainsi diminué et l'écoulement des listes d'attente augmenté, ce qui permettrait de réduire les coûts de santé et d'offrir des soins pertinents culturellement dans des délais plus raisonnables.

2.2.3 La pertinence professionnelle

Ce projet de recherche est particulièrement pertinent au plan professionnel en raison des principes sur lesquels se base l'ergothérapie et des rôles auxquels sont tenus les ergothérapeutes. Il importe d'explorer ce que nous savons afin de mettre en lumière ce que nous devons encore apprendre et développer dans le but que la pratique ergothérapique soit non seulement pertinente, mais appropriée au client, peu importe son contexte culturel (Watson, 2006). Comme l'inclusion sociale se définit comme la résultante de pratiques sociales permettant à chaque individu, peu importe ses caractéristiques, de s'engager dans les activités de la vie quotidienne en bénéficiant des mêmes opportunités que les autres (Black et Wells, 2007), il est donc aisé d'affirmer que cette valeur est promue par l'ergothérapie (Cole, 2012). Le développement de la profession et l'amélioration de la qualité de vie des personnes

et communautés reposent sur une plus grande reconnaissance, acceptation et inclusion sociale des personnes par-delà la diversité inhérente aux sociétés contemporaines pluriculturelles (Iwama, 2004).

Aussi, il est à noter que l'ergothérapie en soi possède sa propre culture (Dix et Baptiste, 2011). Tous les modèles de référence et les théories utilisés en ergothérapie ont été élaborés dans un contexte culturel bien précis et étayent donc les valeurs et les normes de ce même contexte. Seulement, l'utilisation de ces modèles peut exclure ou causer préjudice à certaines personnes possédant des valeurs et des croyances différentes de celles qui guident les théories aux assises de ces modèles d'intervention (Iwama, Thomson et Macdonald, 2009). Ainsi, le fait d'avoir une bonne conscience de la diversité culturelle permettrait aux professionnels de la santé, dont font partie les ergothérapeutes, de mieux comprendre les comportements des personnes auprès desquelles ils interviennent en leur fournissant des clés relatives à ce qui motive ces personnes à agir et à modifier leurs comportements (Watson, 2006), notamment leurs comportements de santé et leurs choix occupationnels.

2.3 Les questions et les objectifs de recherche

2.3.1 Les questions à l'origine de l'étude

Les questions ayant généré ce travail de recherche sont les suivantes : Quelles sont les perceptions des ergothérapeutes quant à la compétence culturelle, à son développement et à leur sentiment de compétence à intervenir auprès de clients ayant une culture différente de la leur? Quels sont les facilitateurs et les obstacles à l'actualisation de la compétence culturelle dans le milieu clinique? Bien que durant les études universitaires, il soit fait mention à plus d'une reprise de l'importance d'offrir une pratique centrée sur les besoins, les valeurs et les croyances des clients, des observations réalisées dans le cadre de stages cliniques montrent que cet idéal de pratique certes louable ne va pas nécessairement et toujours de soi. De plus, une étude des cursus de la formation des futurs ergothérapeutes montre que la notion de culture, voire la notion de compétence culturelle occupe peu de place dans la

formation académique des ergothérapeutes en devenir, et ce, en dépit des exigences reliées à cette compétence professionnelle incontournable dans un monde diversifié. C'est cet écart entre les idéaux de la pratique ergothérapique et les exigences des organismes règlementaires comme l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) et l'ACE, d'une part, ainsi que diverses observations terrain, d'autre part, qui sont à l'origine du questionnement à la base de cette recherche.

2.3.2 Les objectifs de l'étude

Cet essai vise donc à explorer et à décrire les perceptions d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle, à son développement (outils et ressources offerts aux étudiants en ergothérapie ainsi qu'aux ergothérapeutes pour développer cette compétence professionnelle) et au sentiment de compétence des ergothérapeutes à intervenir auprès de clientèles appartenant à des cultures différentes de la leur. Il entend également décrire les facilitateurs et les obstacles à l'actualisation de cette compétence en milieu clinique. Il est attendu que le fait d'explorer les perceptions d'ergothérapeutes de ces phénomènes permettra de favoriser la sécurité culturelle des clients dans le cadre des interventions ergothérapiques, de faciliter l'accès aux soins de santé ainsi que de mieux desservir la clientèle, en identifiant des moyens et des outils pour soutenir le développement de cette compétence professionnelle essentielle dans des sociétés pluralistes comme le Canada. En somme, des retombées pratiques concrètes sont attendues de cette recherche, retombées pour la profession (apport scientifique), pour la formation (apport pédagogique) et pour la prestation des soins de santé (apports clinique et économique).

La section suivante précise l'approche préconisée eu égard au cadre conceptuel de l'étude avant de spécifier les méthodes utilisées afin de générer les connaissances issues de cette recherche novatrice.

3. CADRE CONCEPTUEL

Dans une recherche utilisant un devis quantitatif, le cadre théorique sert de fondement à partir duquel émergent une ou plusieurs questions de recherche. De cette ou ces questions sont déduits un ou des objectifs, généralement formulés sous la forme d'hypothèses de recherche qui seront confirmées ou infirmées par les résultats de l'étude. Lorsque la recherche utilise un devis qualitatif, c'est-à-dire lorsque l'étude use d'une approche inductive pour générer les résultats de l'étude, ce qui est le cas dans cette recherche, l'expression « cadre conceptuel » est généralement employée.

Le cadre conceptuel de ce travail se veut minimaliste. Celui-ci définit quelques concepts généraux qui orientent la conception de cette recherche, notamment les notions de culture, de compétence culturelle, de sécurité culturelle et de l'approche centrée sur le client ainsi que du modèle de la culture et de l'occupation de Black et Wells (2007). Comme l'approche est inductive, il est attendu que les données recueillies puissent contribuer à la génération de nouveaux concepts plutôt que de permettre la confirmation ou l'infirmité d'hypothèses. Par conséquent, aucune théorie ni modèle théorique précis n'a été choisi lors de la réalisation de ce projet de recherche dans le but de ne pas limiter le processus inductif aux assises mêmes de cette étude. Cette section est donc dédiée à la présentation de certaines notions clés étroitement liées à la compétence culturelle et à la pratique ergothérapique afin de faciliter la compréhension des liens qui les unissent et de préciser les présupposés théoriques minimalistes sur lesquels s'est édifié ce projet de recherche.

3.1 La culture

Le concept de la culture est largement abordé dans les écrits et revêt différentes définitions selon les auteurs. De fait, la notion de culture est polysémique. Aussi, cette notion est abstraite et varie selon les époques ou les générations (Dix et Baptiste, 2011). Il est important de mentionner que la culture fait référence à plusieurs aspects et qu'elle ne se réduit pas à l'ethnie ou à la race. Évidemment, la race est un schème majeur en raison des bénéfices et des préjudices qui en

découlent pour les personnes qui sont appréciées de façon favorable ou défavorable selon leur phratrie (Hammell, 2013). Cependant, la culture est beaucoup plus complexe que l'ethnie ou la race, incluant par exemple les dimensions de l'âge, du genre, de l'orientation sexuelle, du statut socioéconomique, de la religion, des croyances, des expériences de migration ainsi que des capacités et incapacités (Beagan et Chacala, 2012; Black et Wells, 2007; Hammell, 2013). Ces différentes composantes ne déterminent pas préalablement le vécu des personnes, mais elles le façonnent tout au cours de leur vie (Beagan et Chacala, 2012). « En somme, les décisions, les attitudes et les conduites des individus apparaissent influencées par une combinaison de facteurs qui agissent, selon les personnes, à divers degrés et de diverses manières » (Drolet, 2014a, p. 248).

La culture fait également référence aux connaissances, aux croyances, aux valeurs, aux attitudes, aux normes et aux coutumes que les individus acquièrent à titre de membres d'un groupe ou d'une société quelconque (Traduction libre de Hammell, 2013, p.225). Alors, la culture est un repère abstrait, une référence permettant aux individus de se comprendre, de comprendre les autres, ce qui les entoure et ce qui leur arrive. La culture permet aux personnes d'un même groupe ou d'une même société de partager une vision du monde, de la réalité et de la vérité; de partager une vision de ce qui est normal et de ce qui ne l'est pas (Beagan et Chacala, 2012). La culture permet de se faire une idée sur ce qui doit être su et ce qui doit être fait (Iwama, 2004).

Ainsi, les gens vont choisir et effectuer leurs occupations pour plusieurs raisons variant selon leur propre contexte de vie (Stedman et Thomas, 2011). Effectivement, la signification des occupations, des choses et des phénomènes est socialement construite et varie en accord avec les circonstances (ACE, 2002; Iwama, 2007). Dans l'intention de fournir des services ergothérapeutiques appropriés, il est donc important d'estimer la culture comme étant autant des gestes observables qu'un cadre de référence pour ces comportements (Murden et coll., 2008). Autrement, des conflits concernant des sujets cruciaux comme la valeur de l'autonomie et des propos

plus secondaires tels le code vestimentaire, les standards de propreté ou l'alimentation peuvent survenir (Beagan et Chacala, 2012).

En somme, la culture est un concept abstrait et difficile à définir, ce qui explique en partie les différences observées entre les auteurs qui la définissent. La définition que Black et Wells (2007) proposent synthétise en grande partie les principales idées que les différents auteurs utilisent, c'est-à-dire que la culture se voit la somme totale d'une certaine manière de vivre qui inclut les valeurs, croyances, standards, langue, schémas de pensées, normes et styles de communication qui influencent les comportements d'une personne ou d'un groupe de personnes et qui sont transmis de génération en génération (Traduction libre de Black et Wells, 2007, p.5). C'est un processus dynamique acquis (Iwama, 2007) qui inclut les notions de santé, de maladie ainsi que les façons de réaliser les activités de la vie quotidienne (Black et Wells, 2007). Mentionnons enfin que les cultures ne sont pas des entités statiques et fixes, celles-ci évoluent dans le temps, se modifient et s'influencent (Drolet, 2010).

3.2 La compétence culturelle

Une thérapie implique la rencontre culturelle de plusieurs agents soit le client et le thérapeute, mais aussi le milieu de réadaptation et le système de santé (Munoz, 2007). Évidemment, il est impossible qu'une personne connaisse l'ensemble des systèmes culturels, mais il est souhaitable qu'un thérapeute possède des connaissances de base sur la diversité quant aux habitudes de vie, aux valeurs, aux comportements de santé, etc. des personnes et communautés auprès desquelles il intervient (Black et Wells, 2007; Tseng et Streltzer, 2008).

Considérer chaque personne simplement comme un individu, voire un numéro implique d'être égal avec chacun sans nécessairement être équitable (Taylor, 2000). Être compétent culturellement, ce n'est pas simplement agir de façon « politiquement correcte », puisque ceci reviendrait à ignorer les différences entre les personnes et les communautés. Agir de façon « politiquement correcte », c'est traiter tout le monde de la même façon, sans égard aux différences (Cole, 2012). Toutefois, chacun est

unique et être compétent culturellement requiert de l'ergothérapeute qu'il soit sensible à l'unicité de chacun et donc à la diversité culturelle et qu'il soit à même de le faire transparaître dans ses évaluations et ses interventions en adaptant le processus ergothérapique à la réalité singulière de tout client ou toute communauté. C'est aussi important de reconnaître que ce n'est pas le client en lui-même qui est différent, mais que les différences se manifestent entre le thérapeute et le client (Hammell, 2013). Puis, il revient au client de déterminer ce qu'est une pratique sécuritaire sur le plan culturel en ce qui le concerne (Stedman et Thomas, 2011), mais « c'est à nous, et non pas à nos clients, que revient la responsabilité d'adapter et de transformer nos pratiques, afin que toute personne puisse avoir le sentiment que ces pratiques sont adaptées à sa culture » (Gerlach, Sullivan, Valavaara et Mc Neil, 2014, p. 21). Dans le but de favoriser le bien-être des individus et des communautés, ceux-ci doivent pouvoir s'épanouir dans le contexte qui leur est signifiant (Watson, 2006), c'est-à-dire porteur de sens selon leurs repères culturels.

Développer sa compétence culturelle est un processus continu de réflexion et d'acquisition d'expériences personnelles qui engendre la compréhension et la capacité de desservir adéquatement les personnes qui regardent, pensent et agissent différemment de soi-même (Traduction libre de Suarez-Balcazar et coll., 2009, p.499). Munoz (2007), indique que la compétence culturelle implique le fait d'acquérir des connaissances, de faire une réflexion sur sa propre identité culturelle et sur ses préjugés, de développer ses habiletés interpersonnelles en utilisant différentes stratégies, de s'engager dans la rencontre d'autres cultures, d'explorer la pluralité dans un processus continu qui exige une curiosité générale, de la motivation et un désir de devenir un meilleur intervenant. Finalement, elle affirme qu'il faut savoir s'entourer des bonnes personnes ainsi que savoir bien utiliser les ressources qui s'offrent à nous.

Ainsi, un ergothérapeute compétent sur le plan de la culture s'engage dans un processus continu dans le but de développer des comportements d'ouverture et de flexibilité afin de réaliser une pratique signifiante pour le client selon sa vision du monde (Black et Wells, 2007). L'ergothérapeute compétent culturellement est

conscient que sa propre vision du monde n'est qu'une perception parmi plusieurs autres tout aussi valables et pertinentes, il analyse donc les situations des clients avec neutralité dans le but d'éviter d'actualiser sa pratique de façon discriminatoire⁵.

3.3 La sécurité culturelle

La sécurité culturelle est un concept essentiel à la compréhension et l'analyse de la culture, de la santé et des iniquités en santé (Traduction libre de Gerlach, 2012, p.151). Cette notion peut être définie comme la résultante d'une intervention menée par un intervenant, voire une équipe compétente sur le plan de la culture, car la sécurité culturelle réfère à « ce qui est ressenti et vécu par le patient dans une relation de soins surtout quand le fournisseur communique avec le patient d'une façon respectueuse et inclusive qui [l'incite] à participer aux processus décisionnels » (Organisation nationale de la santé autochtone, 2008, citée dans Gerlach, Sullivan, Valavaara et Mc Neil, 2014, p. 20). La sécurité culturelle est assurée quand les soins sont prodigués dans une interaction définie par le client et non par le thérapeute (Iwama, 2007; Nursing Council of New Zealand, 2005, cité dans Gerlach, 2012). Le phénomène de la sécurité culturelle va au-delà de la sensibilité culturelle. Ce concept requiert d'analyser le déséquilibre du pouvoir, la discrimination institutionnelle ainsi que les relations de pouvoir entre les personnes dites issues de cultures minoritaires et les thérapeutes provenant d'une culture dominante (Iwama, 2007) dans le but de favoriser « une perspective plus critique et inclusive sur la culture » (Gerlach, 2012). En termes de sécurité culturelle, il relève du professionnel de la santé qu'il s'adapte à celui qui reçoit les soins (Gerlach, 2012).

Selon Stedman et Thomas (2011), afin que la pratique professionnelle assure la sécurité culturelle du client, le professionnel de la santé doit préconiser l'approche centrée sur le client, avoir une bonne conscience de soi et une bonne conscience de l'impact du contexte de la culture de l'autre, ce qui permettrait alors d'établir une relation thérapeutique et de fixer des objectifs centrés sur le client en collaboration avec celui-ci. Puisque la mission des ergothérapeutes est de permettre aux

⁵ La discrimination se voit par des actions posées qui sont guidées par les préjugés (attitudes) et les stéréotypes (croyances à propos d'un groupe) auxquelles une personne croit (Black et Wells, 2007).

personnes vivant des problèmes occupationnels de s'engager et de participer dans des activités ou des processus qu'ils valorisent, il est important qu'ils fassent équipe avec les clients, qu'ils leur remettent le pouvoir et qu'ils acceptent l'invitation des clients dans leur univers culturel (Iwama, 2007). La « communication doit renforcer la relation de soins de sorte que le patient et le [thérapeute] puissent travailler en équipe afin d'assurer la plus grande efficacité des soins » (Organisation nationale de la santé autochtone, 2008, citée dans Gerlach, Sullivan, Valavaara et Mc Neil, 2014, p. 20).

Ainsi, la sécurité culturelle se traduit par une attitude de reconnaissance, de respect et de protection des droits (Gerlach, 2012) ainsi que d'ouverture d'esprit et d'adaptation (Stedman et Thomas, 2011), mais aussi par des gestes quotidiens comme essayer de rendre le milieu de réadaptation accueillant et familier ou utiliser du matériel connu des clients (Munoz, 2007) et signifiants selon les perspectives culturelles qui sont les leurs. Autrement dit, pour certains auteurs, la sécurité culturelle se voit comme un résultat du processus dynamique qu'est la compétence culturelle (Gerlach, 2012). D'autre part, une pratique non sécuritaire sur le plan de la culture implique toute action qui engendre la diminution, la dévalorisation ou la réduction du pouvoir de l'identité culturelle et du bien-être d'une personne (Wood et Schwass, 1993).

3.4 L'approche centrée sur le client

« Les ergothérapeutes travaillent de manière efficace afin de favoriser la participation des gens à des occupations, en utilisant et en favorisant des approches fondées sur la prise de décision partagée » (ACE, 2002, p.6). Il est à noter que dans ce partage de prise de décision, l'action d'écouter l'autre est aussi importante que celle d'exprimer son opinion (Falardeau et Durand, 2012). L'approche centrée sur le client est un principe important qui peut aider à guider et influencer le résultat de l'interaction client-thérapeute, que ce soit avec une personne, un groupe ou une communauté (Traduction libre de Dewhirst et Whittaker, 2011, p.16). Lorsque les opinions du client et du thérapeute divergent, que leurs valeurs sont contraires et que

leurs systèmes de connaissances s'opposent, une situation de déséquilibre s'installe qui risque de centrer les interventions sur les paradigmes cliniques et visions du monde du thérapeute ou de l'équipe plutôt que sur ceux du client. Avec son titre, le thérapeute obtient un certain pouvoir qui, dans une telle situation de déséquilibre, cause une situation de vulnérabilité chez le client (Iwama, 2007). Toutefois, pour intervenir selon une approche centrée sur le client et pour faire preuve de respect des personnes, la vision des clients concernant leur réalité ne devrait pas être contrainte à rejoindre celle des thérapeutes qui travaillent avec des principes et des cadres de référence bien établis et souvent inconnus des personnes et communautés qu'ils desservent (Iwama, Thomson et Macdonald, 2009). Effectivement, les concepts soi-disant universels d'un modèle théorique donné peuvent ne pas représenter adéquatement et équitablement les problèmes uniques et les points de vue propres des clients quant à la normalité (Traduction libre de Iwama, Thomson et Macdonald, 2009, p.1127). Un réel partage du pouvoir correspond davantage à une situation dans laquelle chacun des acteurs influence l'autre sur des aspects dont il est l'expert (Falardeau et Durand, 2012). La pratique centrée sur le client requiert que les thérapeutes ne s'intéressent pas seulement à la performance du client et aux résultats de la réadaptation, mais qu'ils permettent une expérience quotidienne unique à ce dernier dans le cadre de sa propre réalité culturelle (Iwama, Thomson et Macdonald, 2009). Le respect de l'autre suppose de considérer non seulement ses valeurs ou ses opinions, mais aussi ses capacités, ses besoins ainsi que ses limitations (traduction libre de Falardeau et Durand, 2012, p.137). Enfin, la pratique centrée sur le client implique un processus de négociation qui s'avère l'exploration d'alternatives, d'options et de possibilités dans le but de trouver une solution qui réponde aux besoins autant du client que du thérapeute (Falardeau et Durand, 2012). Selon Miller (2009), la pratique centrée sur le client consiste en une première étape primordiale pour établir une relation de collaboration avec notre principal partenaire de soins qu'est le client.

3.5 Modèle de la culture et de l'occupation

Le modèle de la culture et de l'occupation élaboré par Black et Wells (2007) a été développé en réponse au besoin observé dans le domaine de la santé concernant la compétence culturelle. Le modèle a été bâti sur des assises théoriques des domaines de la sociologie et de l'éducation. Les cinq prémisses sur lesquelles ils s'appuient sont que : 1. chaque personne est influencée par plusieurs cultures et donc que 2. chaque personne est un être multiculturel; 3. développer sa propre compétence culturelle est un processus long qui s'opère tout au long de la vie; 4. la compétence culturelle est une compétence professionnelle, mais aussi une obligation éthique et, enfin, 5. la compétence culturelle favorise la qualité des services de santé offerts. Le modèle a pour objectifs de permettre à un individu de mieux connaître sa propre identité culturelle et d'être davantage conscient de celle des autres et des influences que peut avoir la différence d'identité culturelle sur leurs interactions. Le modèle agit également à titre d'outil qui permet de développer des connaissances et des habiletés dans le but d'utiliser des stratégies adéquates et de réduire les comportements nuisibles à l'établissement de relations avec des personnes ayant une culture différente de la sienne. En ce sens, il guide les personnes à développer leur compétence culturelle. Pour ce faire, les principales notions utilisées sont l'exploration de soi, les connaissances culturelles et les habiletés culturelles.

3.5.1 Exploration de soi

L'exploration de soi réfère d'abord à une meilleure conscience de ses propres valeurs, croyances, normes, etc. Comme les stéréotypes et les préjugés participent aux iniquités vécues dans le domaine de la santé (Black et Wells, 2007), alors le fait de bien se connaître permet d'être conscient et d'agir de façon responsable en regard de ses émotions et attitudes dans le but de ne pas les laisser influencer négativement son comportement professionnel (Black et Wells, 2007). L'exploration de soi est donc une expérience personnelle qui consiste à faire preuve d'introspection. Cette expérience permet à une personne d'identifier ses biais et émotions négatives

concernant différentes cultures, mais aussi de mieux comprendre sa propre vision du monde. Ainsi, l'exploration de soi est une opportunité d'apprentissage et d'épanouissement (Black et Wells, 2007).

3.5.2 Connaissances culturelles

Les connaissances culturelles agissent en guise de facilitateurs à la compréhension de l'autre. Dans un contexte de soins de santé, le fait d'avoir des connaissances sur différents groupes culturels engendre une meilleure compréhension de la situation de l'autre et permet donc l'adaptation des interventions ou de l'approche utilisée afin d'assurer l'offre de soins de qualité (Black et Wells, 2007). La conscience et la sensibilité à la diversité sont une chose, mais les connaissances viennent agir à titre de cadre de référence pour le professionnel de la santé qui doit comprendre l'expérience du client dans le but d'agir adéquatement avec celui-ci (Black et Wells, 2007). Par exemple, le simple fait de savoir ce que représente le contact visuel, l'action de serrer la main ou encore le rapport entre l'homme et la femme dans une culture particulière pourrait permettre d'éviter un malentendu lors de l'interaction d'un professionnel de la santé avec un client provenant chacun de différentes cultures et ainsi favoriser une meilleure relation entre les deux individus, voire entre le client, sa famille et l'équipe.

La notion de connaissances culturelles implique également d'être à l'affût des croyances et valeurs des clients en lien avec la santé et les soins de santé (Black et Wells, 2007). Bien entendu, il est impossible pour une personne de détenir des informations concernant chacune des cultures. Toutefois, l'ergothérapeute doit être habilité à rechercher les informations dont il a besoin pour intervenir auprès d'une personne en particulier puisque le fait de connaître la culture d'une personne se voit un réel bénéfice à la relation d'aide (Black et Wells, 2007).

3.5.3 Habiletés culturelles

Les habiletés culturelles font référence à l'utilisation adéquate de stratégies et d'approches pour interagir avec des personnes possédant une culture différente de la sienne (Black et Wells, 2007). Les habiletés culturelles permettent à un thérapeute compétent sur le plan de la culture d'aller au-delà de sa propre vision du monde pour être en mesure d'identifier et d'interpréter ce qui est important pour l'autre (Black et Wells, 2007). En d'autres mots, les habiletés culturelles consistent en la capacité d'utiliser ses connaissances culturelles pour actualiser sa pratique en adoptant des comportements, des attitudes ou encore des stratégies de communication adaptés à la conceptualisation du monde de l'autre. Les habiletés de communications sont un très bel exemple d'habileté culturelle nécessaire à une pratique compétente culturellement. Effectivement, une communication efficace favorise la satisfaction du client et la pérennité des interventions (Black et Wells, 2007).

Maintenant que le cadre conceptuel de l'étude a été présenté, est venu le moment de spécifier les méthodes qui ont été utilisées afin de répondre aux questions à l'origine de cette recherche et d'atteindre, ce faisant, les objectifs visés.

4. MÉTHODE

Cette section est consacrée à la méthode qui a été utilisée afin de générer les résultats de cette recherche. Cinq sections distinctes abordent respectivement le devis de recherche utilisé, la description et le recrutement des participants, les outils de collecte de données employés, la procédure d'analyse des données recueillies ainsi que les démarches éthiques entreprises dans le cadre de ce projet de maîtrise afin de respecter les plus hautes exigences en matière d'éthique, et ce, tout au long de la conduite de ce projet d'intégration.

4.1 Devis de recherche

Ce projet de recherche qui cherche à circonscrire les perceptions d'ergothérapeutes s'inscrit dans une démarche qualitative puisque ce paradigme entend que « la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps » (Fortin, 2010). La recherche qualitative utilise un raisonnement inductif afin de mieux comprendre un phénomène. Elle s'avère pertinente dans divers contextes de recherche, notamment lorsque peu de recherches ont à ce jour contribué à cerner un phénomène et lorsque la description de perceptions est l'objet de l'étude (DePoy et Gitlin, 2011). Plus précisément, une approche phénoménologique descriptive a été utilisée afin d'étudier la signification d'expériences en relation avec la compétence culturelle, tel qu'elles ont été vécues par les participants à l'étude (Fortin, 2010). Cette étude constitue un travail exploratoire en réponse aux questions qui sont à l'origine de cette recherche (voir la section 2.3 consacrée à la problématique). L'idée est de parvenir à mieux comprendre la notion de compétence culturelle, le développement de la compétence culturelle et le sentiment de compétence éprouvé des ergothérapeutes à intervenir auprès de clients possédant une culture différente de la leur, et ce, tels que perçus par ces ergothérapeutes.

4.2 Participants

Puisque cette étude documente les perceptions d'ergothérapeutes, tous les participants à l'étude sont des ergothérapeutes. Dans le but d'obtenir des données riches en informations quant au sujet étudié, les participants ont été sélectionnés selon leur milieu de pratique. L'échantillon a été construit de façon non probabiliste par réseaux (Fortin, 2010). Effectivement, grâce au réseau de contacts que la chercheuse-étudiante a développé pendant son cursus scolaire ainsi que celui des professeurs cliniciens du Département d'ergothérapie de l'UQTR, des cliniciens pratiquant dans la région de Montréal, reconnue pour sa diversité culturelle, ont été contactés par courriel. Les trois individus ayant répondu de façon favorable à l'invitation ont été contactés par courriel ou par téléphone afin de planifier une rencontre individuelle. Puis, un même nombre d'ergothérapeutes pratiquant dans la région de Trois-Rivières, reconnue pour sa proximité de réserves autochtones, a été requis et contacté de la même façon. Étant donné la petite taille de l'échantillon, soit six ergothérapeutes, le souci d'assurer une variété considérable au sein des participants a guidé l'envoi des invitations. La sélection par choix raisonné a permis d'obtenir des participants travaillant autant auprès d'individus aux prises avec des problématiques de santé physique que de santé mentale et des participants travaillant autant en milieu métropolitain que dans des villes moins cosmopolites. Étant donné la nature et les exigences de ce travail, la saturation des données, bien que souhaitable, voire idéale, n'était pas nécessairement visée.

4.3 Collecte de données

Dans le cadre de cette recherche, un mode de collecte de données favorisant l'interrelation a été favorisé. Deux outils de collecte ont été utilisés, soit un questionnaire sociodémographique ainsi qu'une entrevue individuelle semi-structurée. Ces outils s'avèrent tout indiqués pour ce type de recherche inductive où les participants à l'étude sont considérés comme les véritables générateurs des résultats de la recherche plutôt que le chercheur (DePoy et Gitlin, 2011). Aussi, lorsque les perceptions d'individus sont l'objet premier d'une recherche qualitative,

des entrevues individuelles se révèlent d'un grand intérêt pour générer des résultats pertinents et atteindre ainsi les objectifs visés (Fortin, 2010).

4.3.1 Questionnaire socio démographique

Le questionnaire socio démographique a été construit afin de pouvoir décrire l'échantillon de la population participant à l'étude. Il a été développé en partie à l'aide de la description démographique d'un article publié par Suarez-Balcazar et coll. (2009). Celui-ci est disponible en annexe, plus précisément à l'Annexe A.

4.3.2 Entrevue semi-structurée

Afin d'explorer le phénomène à l'étude telle que perçue par les ergothérapeutes, l'entrevue semi-structurée aura permis aux participants « d'exprimer librement leurs croyances et leurs sentiments et de décrire spontanément leurs comportements » (Fortin, 2010). Ce type d'entrevue a été choisi afin d'obtenir des informations détaillées et d'avoir la chance d'approfondir les pistes intéressantes en lien avec les thématiques de l'étude (Stedman et Thomas, 2011). Le schéma de l'entrevue a été élaboré en se basant sur un document ainsi qu'une activité proposée par Cole (2005) dans *Group dynamics in occupational therapy : the theoretical basis and practice application of group intervention* (p.356), et sur le canevas d'entrevue annexé à l'article de Stedman et Thomas (2011). Préalablement à son utilisation, le schéma de l'entrevue a été validé auprès d'une professeure de l'UQTR avant de subir quelques ajouts et d'être revalidé auprès d'une clinicienne. Les entrevues se sont déroulées dans des endroits assurant la confidentialité des échanges à l'endroit et au moment désirés par chacun des participants à l'étude. Le schéma de l'entrevue semi-dirigée peut être consulté à l'Annexe B.

4.4 Analyse des données

Idéalement, chacun des verbatim des entrevues aurait été relu par le participant concerné afin de s'assurer que les données brutes générant les résultats de l'étude traduisent précisément leurs perceptions ainsi que leurs sentiments (Stedman et Thomas, 2011). Toutefois, en raison de la nature, du contexte et des exigences de ce travail de maîtrise, cette procédure n'a pas été effectuée.

Étant donné la collecte de données qualitatives, l'analyse des informations collectées a été faite de façon inductive. Afin de permettre une analyse exhaustive des déclarations des participants, chacun des enregistrements audio des entrevues a été transcrit dans le but de procéder à une analyse de contenu, inspirée de la méthode de Colaizzi (Fortin, 2010). Des lectures méthodiques ont d'abord permis d'identifier différentes thématiques abordées dans les verbatim, puis ensuite de catégoriser les propos tenus. Ce processus d'analyse permet d'« élaguer, trier, distinguer, rejeter et organiser les données de telle sorte qu'on puisse en tirer des conclusions » (Miles, 2003). La codification des verbatim a été exécutée grâce à des codes qui ont été générés au fur et à mesure des lectures (Strauss et Corbin, 1990, cité dans Miles, 2003). Il est à noter que les codes, c'est-à-dire « des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information descriptive [...] compilée au cours de l'étude » (Miles, 2003), ont été revus et validés aux termes de discussions entre l'étudiante chercheuse et la directrice de recherche.

Finalement, le produit de l'analyse des données a été comparé au contenu des écrits concernant la question de recherche disponible au moment de la réalisation de ce projet ainsi qu'avec les concepts du cadre conceptuel de cette étude, lequel a été expliqué à la section précédente.

4.5 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été certifié par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR (certificat # CER-14-04-06.06, voir l'Annexe C). Une lettre d'informations a été acheminée aux participants par courriel préalablement à la rencontre, les avisant notamment de la nature et des objectifs de la recherche, de leurs tâches à titre de participants, du caractère volontaire de leur participation, de la protection de leur confidentialité et de leur liberté à se retirer du projet à tout moment, et ce, sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications (voir la Lettre d'informations à l'Annexe D). Au moment de l'entrevue, chacun des participants a dû attester avoir été bien informé et donner son consentement écrit à participer à l'étude (voir le Formulaire de consentement à l'Annexe D).

Les données compilées dans le cadre de ce projet de recherche ont été conservées sur un ordinateur personnel protégé par un mot de passe et connu seulement de la chercheuse principale. Les documents papier ont été manipulés avec le souci qu'aucun nom n'apparaisse sur les formulaires; les participants se sont plutôt vus attribuer un code numérique. Les formulaires de consentement, les questionnaires sociodémographiques ainsi que les verbatim ont été remisés dans un classeur barré dans le bureau verrouillé de la directrice de recherche. Les données brutes seront conservées pendant cinq ans et seront ensuite détruites sous la supervision de la directrice de recherche.

En somme, maints soucis éthiques ont guidé la conduite de cette étude, à savoir le respect des participants ainsi que la préoccupation pour leur bien-être, leur consentement libre, éclairé et continu, la confidentialité et le respect de la vie privée.

5. RÉSULTATS

Cette section présente les principaux résultats de cette étude. Il est important de mentionner que seulement six ergothérapeutes ont été rencontrés, la saturation des données n'a donc pas été atteinte. La transférabilité des résultats se voit ainsi limitée, ceux-ci doivent donc être utilisés avec prudence (Fortin, 2010).

Dans cette section, les participants ayant participé au projet de recherche sont d'abord décrits. Ensuite sont respectivement présentés la perception des ergothérapeutes rencontrés de la notion de compétence culturelle, des facilitateurs et des obstacles à l'actualisation de leur compétence culturelle, du développement de la compétence culturelle et, finalement, de leur sentiment de compétence perçu eu égard à leur compétence culturelle. Il est à noter que l'insertion d'extraits des verbatim dans cette section se voit fidèle à l'ensemble de l'idée que les participants désiraient exprimer, c'est-à-dire que les extraits choisis sont représentatifs de l'essentiel de leur pensée. L'utilisation de caractères italiques est utilisée afin de reconnaître les passages tirés des verbatim des entrevues. Lorsque les extraits des verbatim ont été paraphrasés, ceux-ci ne sont pas en italique ni entre guillemets.

5.1 Description des participants

Les principales caractéristiques des participants à cette recherche sont répertoriées dans le Tableau 1 qui se trouve à la page suivante.

Tableau 1
Description des participants

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Sexe	Femme	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme
Âge	20-30 ans	51+ ans	20-30 ans	20-30 ans	20-30 ans	41-50 ans
Groupe ethnique	Blanc/caucasien	Blanc/caucasien	Blanc/caucasien	Blanc/caucasien	Blanc/caucasien	Blanc/caucasien
Niveau scolaire complété	Maîtrise	Maîtrise	Maîtrise	Baccalauréat	Baccalauréat	Baccalauréat
Ville de provenance	Jonquière	Laval	Saint-Georges de Beauce	Thetford Mines	Trois-Rivières	Saint-Marc des Carrières
Ville de pratique	Montréal	Montréal	Montréal	Trois-Rivières	Trois-Rivières	Trois-Rivières
Temps d'expérience	9 mois	24 ans	1 an	6 ans	3 ans, 6 mois	26 ans
Milieu de pratique	École, commission scolaire	Réadaptation physique	Centre hospitalier, santé mentale	Centre hospitalier, santé mentale	Centre hospitalier, santé physique	Réadaptation physique
Clientèle	Enfants	Adultes	Personnes âgées	Adultes	Adultes	Tous
Groupes ethniques de la clientèle	Asiatique Blanc/caucasien Latino/Hispanique Moyen orient Noir	Asiatique Blanc/caucasien Latino/Hispanique Moyen orient Noir	Asiatique Blanc/caucasien Latino/Hispanique Moyen orient Noir Première nation	Asiatique Blanc/caucasien Noir Première nation	Asiatique Blanc/caucasien Latino/Hispanique Noir Première nation	Asiatique Blanc/caucasien Latino/Hispanique Moyen orient Noir Première nation

Comme l'indique le Tableau 1, six ergothérapeutes dont cinq femmes ont été rencontrés aux fins de ce projet de recherche. Quatre participants sont âgés entre 20 et 30 ans, un est âgé entre 41-50 ans et un est âgé de plus de 51 ans. Tous se décrivent comme étant blancs/caucasiens et chacun est originaire d'une ville ou d'un village différent. Trois participants, c'est-à-dire la moitié de l'échantillon, sont détenteurs d'un diplôme de maîtrise et pratiquent l'ergothérapie à Montréal; les participants de l'autre moitié sont diplômés au baccalauréat et pratiquent à Trois-Rivières. Les années d'expérience de travail varient entre neuf mois et vingt-six ans. Le participant 1 travaille dans une école pour une commission scolaire, les participants 2 et 6 travaillent dans des centres de réadaptation physique, l'un auprès d'adultes et l'autre auprès d'enfants, d'adultes et de personnes âgées. Les participants 3, 4 et 5 travaillent en centre hospitalier, les deux premiers auprès d'une clientèle adulte aux prises avec des difficultés de santé mentale et l'autre auprès d'une clientèle avec des difficultés de santé physique, principalement auprès d'adultes. En regard des groupes ethniques de la clientèle desservie par les ergothérapeutes, ceux-ci varient selon les ergothérapeutes rencontrés, mais l'ensemble d'entre eux pratique auprès d'une clientèle diversifiée sur le plan de l'ethnie et de la culture.

5.2 La compétence culturelle

Plusieurs concepts ont été abordés par les participants afin de préciser ce qu'est la compétence culturelle selon eux. Aucun ergothérapeute n'est parvenu à donner une définition claire, précise et concise de cette compétence professionnelle. Le Tableau 2 qui suit énumère les principales thématiques abordées par les participants :

Tableau 2
Thématiques abordées par les participants en relation avec la compétence culturelle

Nombres d'ergothérapeutes ayant abordé cette thématique	Thématiques
6	Pratique centrée sur le client
5	Capacité d'adaptation
5	Établissement d'une relation thérapeutique positive
4	Avoir conscience de la diversité culturelle et de sa propre identité culturelle
4	Détenir des connaissances générales relatives à la culture
4	Savoir s'outiller
3	Habiletés de communication
2	Faire preuve d'écoute active
2	Faire preuve d'ouverture d'esprit
1	Processus réflexif
1	Plaidoyer pour le client

Des éléments nommés par les ergothérapeutes rencontrés, plusieurs font référence à l'exploration de soi et aux connaissances culturelles. Notamment, l'un des ergothérapeutes rencontrés a d'abord défini celle-ci ainsi : c'est « *surtout un processus réflexif avec [soi-] même* ». Puis, quatre d'entre eux ont mentionné l'importance d'être conscient de la diversité culturelle, mais aussi de sa propre culture. Le participant 1 disait qu'il faut « *savoir notre culture* » et « *savoir que celle du client, elle peut être différente de la nôtre* ». La culture est vue comme un élément important à évaluer « *parce que ça peut avoir une influence sur la vision qu'on a de ses habitudes de vie, donc sur la vision qu'on a de son autonomie* » (participant 4). De plus, les ergothérapeutes rencontrés ont parlé « *d'être conscient, beaucoup... c'est surtout [...] d'être conscient de ses émotions face aux différentes cultures, de ses préjugés, [puis] d'essayer d'aller au-delà de ça* » (participant 6) et « *de connaître ses limites à soi* » (participant 2).

Selon cinq des ergothérapeutes vus en entrevue, la compétence culturelle implique la capacité d'adaptation. Il est important de mentionner que la capacité d'adaptation n'a pas été rattachée seulement à l'occupation, bien que cette notion a tout de même été soulignée par le participant 3 : « *notre job, [ce n'est] pas juste de la [l'occupation] comprendre, c'est d'être capable de l'adapter* ». Toutefois, en parlant d'adaptation, les participants ont également fait référence à l'habileté de s'ajuster

dans l'approche du client qui « *va être différent[e] pour chaque [personne]* » (participant 1), dans la « *façon d'interagir avec eux* » (participant 3) et dans le processus de réadaptation à mettre en application pour « *adapter nos interventions en regard des différences culturelles* » (participant 5).

En outre, la moitié des participants a souligné l'importance de savoir bien communiquer, en ceci qu'être compétent culturellement nécessite de communiquer adéquatement. Pour le participant 2, ce qui caractérise un ergothérapeute très compétent sur le plan de la culture, c'est qu'« *il communique beaucoup* ». Le participant 5 expliquait que : « *c'est de pas cacher la différence, mais d'en parler* ». Une bonne communication permettrait entre autres de « *comprendre c'est quoi ses valeurs, c'est quoi qui veut, c'est quoi ses intérêts...* » (participant 1).

Dans leur définition de la compétence culturelle, cinq participants ont insisté sur l'importance de l'établissement d'une relation thérapeutique positive. Selon le participant 2, « *établir une [bonne] relation, c'est ça [...] le secret* ». Il a été mentionné qu'il est important de se questionner sur « *la meilleure façon d'entrer en relation avec [le client] en considérant ses habitudes de vie [et] sa culture* » (participant 4). « *Le client [doit pouvoir se sentir] à l'aise dans les questions [posées]* » (participant 6). D'ailleurs, le participant 1 a aussi dit : « *c'est notre rôle à nous de les faire sentir en confiance* ». Deux d'entre eux ont également parlé de l'importance de l'écoute active et de la nécessité d'être ouvert d'esprit.

Puis, une opinion partagée par tous est que la compétence culturelle implique la pratique centrée sur le client. Pour l'ensemble d'entre eux, une personne compétente sur le plan de la culture, c'est quelqu'un « *capable de vraiment identifier qu'est-ce qui est important pour la personne qu'elle doit aider* » (participant 3) « *[puis] de donner le meilleur traitement [malgré les différences observées entre celle-ci et le thérapeute]* » (participant 5). Les participants ont mentionné l'importance quant au fait que le thérapeute ne devrait jamais imposer ses propres valeurs et croyances ou analyser une situation selon ses propres normes. Par exemple, le participant 1 énonçait : « *c'est vraiment d'aller chercher ce que le client veut [puis] de laisser un*

peu de côté ce que nous on pense ». Puis, le participant 4 a appuyé ceci en disant : « *C'est quoi ses habitudes de vie à travers le temps, elles ont tu changé? S'il y a eu un changement, là c'est intéressant, mais si à travers le temps elle a toujours été comme ça, je pense que c'est important de le considérer dans ton évaluation et dans tes analyses. [...] Faut faire attention à ne pas imposer nos habitudes [puis] notre culture à nous aux gens qu'on traite ».*

En voulant décrire la compétence culturelle, quatre ergothérapeutes ont également nommé l'action de savoir s'outiller, c'est-à-dire « *chercher des outils pour intervenir d'une façon adéquate* » (participant 2), comme savoir aller « *consulter quelqu'un d'autre* » et « *se documenter sur la culture de la personne, peut-être auprès de sa famille, dans les livres ou auprès de la personne elle-même* » (participant 4). La moitié des participants a aussi dit qu'il était important d'avoir des connaissances générales de base sur les différentes cultures et faire preuve d'une attitude de non-jugement ce qui, dans leur discours, fait référence à l'ouverture d'esprit.

Finalement, le participant 3 a associé la compétence culturelle à l'habileté de plaider pour ses clients. Cette ergothérapeute a revendiqué qu'« *il y a beaucoup de travail à faire au niveau politique* », mais qu'à plus petite échelle, chacun devrait s'assurer « *de vraiment revendiquer [les] droits* » des clients.

5.3 Facilitateurs à l'actualisation de la compétence culturelle

Les facilitateurs identifiés par les ergothérapeutes rencontrés dans le cadre de ce projet de recherche sont présentés dans le Tableau 3 suivant.

Tableau 3
Facilitateurs à la compétence culturelle identifiés par les participants

Facilitateurs	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Collègues de travail	X	X	X	X	X	X
Interprète	X			X	X	X
Familles		X	X			X
Travail d'équipe	X			X		X
Utilisation données probantes	X	X				
Ouverture d'esprit	X		X			
Relation thérapeutique positive	X				X	
Regroupement d'ergothérapeutes	X					
Soutien de l'établissement de santé		X				
Total sur 9 facilitateurs	7	4	3	3	3	4

Tel qu'indiqué dans le Tableau 3, plusieurs facilitateurs ont été mentionnés lors des entrevues. Les participants ont nommé en tout neuf facilitateurs. Cela dit, individuellement, chacun a discuté entre 3 et 7 facilitateurs. Les collègues de travail ont été nommés par chacun des participants. Effectivement, le participant 3 explique les bénéfices d'échanger avec des collègues en disant : « *j'ai une collègue [puis] on s'en parle. T'sais, c'est ça qui vient notre moyen d'évacuer tout ça, c'est de s'en parler [...] des gens qu'on n'est pas d'accord avec comment ils agissent, avec qu'est-ce qui se passe* ».

Aussi, quatre des ergothérapeutes rencontrés ont indiqué avoir la possibilité de recourir à des interprètes ou avoir régulièrement recours à des services d'interprètes. Dans certains milieux, comme celui du participant 5, les professionnels disposent d'une liste officielle répertoriant qui dans l'hôpital est mandaté pour interpréter quelle langue. Pour les participants d'autres milieux, ils peuvent faire appel à des services externes.

Ensuite, la moitié des ergothérapeutes ont identifié la famille comme étant un facilitateur à l'actualisation de la compétence culturelle. Par exemple, dans certains cas, « *la famille ou les proches vont venir faciliter la communication* ». C'est aussi la moitié des participants à l'étude qui ont fait mention du travail d'équipe comme

facilitateurs puisqu'« *on est tous des individus différents avec des visions différentes [...] ça peut nous [les intervenants] aider à mieux comprendre [une situation]* » (participant 4).

Le tiers des professionnels a parlé des bénéfices qu'apportent l'ouverture d'esprit ainsi que le développement d'une relation thérapeutique positive quant à l'actualisation de la compétence culturelle.

Le participant 1 a aussi nommé les regroupements d'ergothérapeutes auxquels elle participe ainsi que l'utilisation des données probantes comme étant des facilitateurs à la compétence culturelle. Selon ce participant : « *il n'y a pas beaucoup de données probantes [...], mais il y a tellement de choses qu'on ne sait pas quoi faire que souvent [pour prendre le temps de bien comprendre elle va] chercher qu'est-ce qui est dit dans la littérature* ».

Enfin, de son côté, le participant 2 estime que le soutien de l'établissement envers les ergothérapeutes grâce à des principes clairement établis lui permet d'offrir des services de santé de façon compétente eu égard de la culture des clients.

5.4 Obstacles à l'actualisation de la compétence culturelle

Les obstacles mentionnés par les participants à ce projet de recherche sont énumérés dans le Tableau 4 ici-bas.

Tableau 4
Obstacles à la compétence culturelle identifiés par les participants

Obstacles	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Langue	X	X	X		X	X
Conception des différents concepts (maladie, soins de santé, temps, stress, réadaptation, autonomie, etc.)	X	X	X	X	X	
Équipe interdisciplinaire	X	X	X	X		
Contraintes de temps associées au milieu/contexte de travail			X	X		X
Distinction des éléments culturels VS des éléments reliés à un problème de santé mentale ou à des troubles cognitifs			X	X		X
Passivité du client		X	X		X	
Famille				X		X
Préjugés et stéréotypes des professionnels	X	X				
Craintes/peurs de l'intervenant envers l'inconnu						X
Désirabilité sociale			X			
Gains secondaires de la réadaptation		X				
Manque de formation				X		
Manque d'outils concrets		X				
Tiers payeurs		X				
Total sur 14 obstacles	4	8	7	6	3	5

Les participants ont nommé quatorze obstacles en tout et plus précisément entre trois à sept individuellement. Deux obstacles ont été cités par la plupart des ergothérapeutes rencontrés, soit la langue et la conception de différents concepts. Plus précisément, cela signifie que par exemple, parfois les clients « *acceptent plus ou moins la maladie parce qu'eux autres ils l'expliquent différemment, ils [ne] comprennent pas pourquoi on veut les garder ici [à l'hôpital]* » (participant 4). Le participant 3, quant à lui, dénonce la différence des visions eu égard des différents concepts en abordant celui de l'autonomie : « *nous [tu sais], c'est comme d'emblée qu'il faut être autonome, faut que tu sois en santé, mais non [tu sais], il y a d'autres cultures que [ce n'est] pas grave dans le fond parce que la famille est là pour aider* ».

Quatre des professionnels rencontrés ont répondu que l'équipe interdisciplinaire peut se révéler un obstacle à la compétence culturelle. « *Le travail en équipe ça peut être un obstacle aussi parce que [ce n'est] pas tout le monde qui a une certaine ouverture d'esprit* » (participant 4). Dans le cas où l'ergothérapeute est membre d'une équipe interdisciplinaire, le participant 3 indique que « *la décision est*

prise en équipe. Même si toi tu penses une affaire, il va peut-être pas se passer ça finalement ».

Les contraintes de temps associées au milieu ou au contexte de travail nuisent à la compétence culturelle de la moitié des ergothérapeutes qui ont participé à ce projet de recherche, soit ceux pratiquant en soins aigus ou dans un milieu qui doit collaborer avec des tiers payeurs comme la CSST ou la SAAQ, entre autres.

Trois ergothérapeutes ont dénoncé la passivité d'un client comme étant une entrave à la réalisation d'une pratique culturellement compétente. Un client qui s'affirme peu et qui accepte tout ce que le professionnel propose rend la tâche difficile à ce dernier qui doit chercher ardemment le moyen de rejoindre le client.

Un même nombre de participants a abordé la complexité de distinguer les éléments culturels des éléments reliés à un problème de santé mentale ou à des troubles cognitifs. Donc, pour certains ergothérapeutes, il est difficile de différencier les croyances, les coutumes ou les habitudes de vie propres à la personne de celles qui peuvent être générées par une psychose ou la démence. Par exemple, un participant a dit en parlant d'une cliente :

[...] elle priait beaucoup, elle faisait du vaudou, elle avait l'impression qu'il y avait des fantômes chez elle [puis] qu'elle était possédée par des affaires. [...] oui, ça fait partie de sa culture, mais là c'était au point que chez elle, elle ne vivait plus. C'était juste ça là, elle ne dormait plus, elle ne mangeait plus, elle voulait juste se purifier. Écoute, jusqu'à quel point c'est psychotique ou jusqu'à quel point c'est la culture?

Les participants 1 et 2 signalent que les préjugés des professionnels ainsi que les stéréotypes auxquels ils croient constituent des obstacles manifestes à la compétence culturelle. Ils ont justifié leur réponse en expliquant le réflexe qu'ils peuvent avoir d'analyser une situation selon leurs normes ou leur système de valeurs.

Selon les participants 4 et 6, dans certaines situations, la famille nuirait aux interventions qui se veulent compétentes sur le plan de la culture. Le participant 4

donnait d'ailleurs l'exemple d'une personne qui néglige les interventions thérapeutiques lorsqu'entourée de sa famille puisque celle-ci ne croit pas en la maladie. « *Même si on essaie d'éduquer la famille sur la maladie [...], eux autres ont leurs propres croyances [puis] ils [ne] sont pas prêts à s'ouvrir à autre chose [ça fait qu'] elle revient souvent ici à cause de ça* ».

Alors que le participant 4 dénonce le manque de formations, le participant 2 parle plutôt de manque d'outils concrets dans la pratique. Il parle aussi des gains secondaires associés à la réadaptation et de la relation entretenue avec les tiers payeurs qui génère parfois de la pression.

Un ergothérapeute a mentionné la désirabilité sociale comme étant un obstacle à la compétence culturelle, à savoir qu'il se questionne régulièrement sur la validité de ce que les clients lui répondent. « *Quand tu demandes directement à la personne, ça peut être biaisé du fait qu'elle veut plaire, ou elle ne veut pas ou elle a peur de ne pas donner la bonne réponse* » (participant 3).

Finalement, le participant 6 a abordé les craintes et les peurs que peuvent avoir les professionnels envers l'inconnu.

5.5 Développement de la compétence culturelle

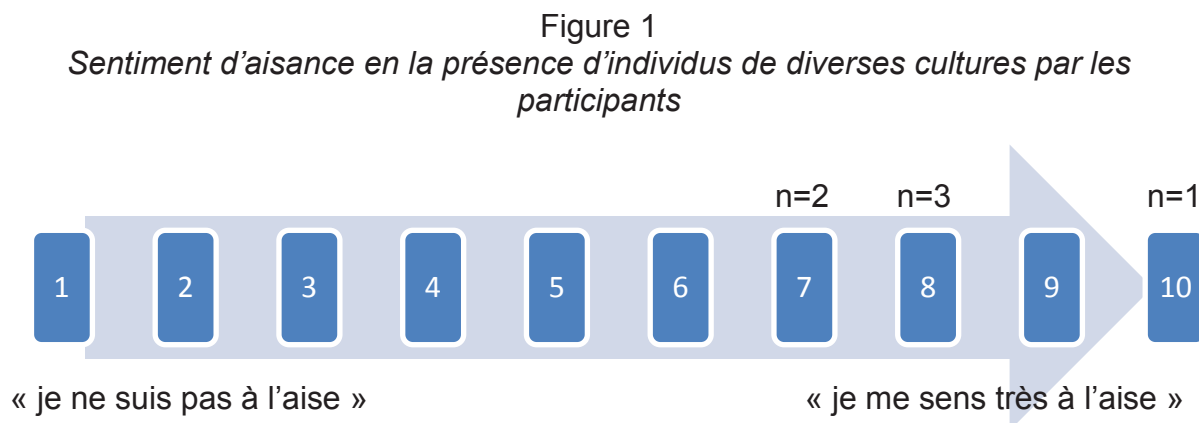
Pour la majorité des ergothérapeutes ayant participé à cette recherche, la compétence culturelle se développe en allant à la rencontre d'autres cultures, c'est-à-dire en provoquant des interactions avec des personnes concernées. Les faits de côtoyer des personnes ayant une différente culture de la leur dans la vie de tous les jours ou de travailler avec des collègues provenant de différents endroits permettent notamment de faire du progrès sur le plan de la compétence culturelle. Selon eux, le fait de voyager est également une opportunité unique de développer la compétence professionnelle dont il est question. Mais pour la plupart, l'expérience pure du terrain, soit celle qu'on gagne à intervenir directement à titre d'ergothérapeute auprès de personnes ayant une culture différente de la sienne serait la meilleure façon de cultiver cette compétence.

Deux ergothérapeutes ayant fini leur formation scolaire dans les dernières années ont dit avoir été sensibilisés dans les cours, dont une dit avoir eu un cours de 12 heures dédié spécialement à la compétence culturelle. Les participants 1 et 2 disent que les échanges entre collègues de travail favorisent particulièrement le développement de la compétence culturelle, alors que le participant 4 dit que « *l'expert de la culture, c'est le patient qu'il y a en avant [d'elle]* ». Pour cette même personne, « *une compétence [...] à la base se développe parce que tu as de l'intérêt à la développer* ». Les participants 1 et 6 croient qu'il est important de lire (participant 1) et de se renseigner, de se tenir informé (participant 6) via les médias par exemple pour développer sa conscience culturelle.

En somme, les voyages, l'expérience professionnelle en contexte pluriculturel, la formation à la compétence culturelle, l'échange avec des collègues et des clients ainsi que l'information seraient des éléments du développement de la compétence culturelle selon les ergothérapeutes ayant participé à cette étude.

5.6 Sentiment de compétence perçu par les ergothérapeutes

La Figure 1 qui suit illustre les réponses recueillies quant au sentiment d'aisance en la présence d'individus de diverses cultures par les participants.

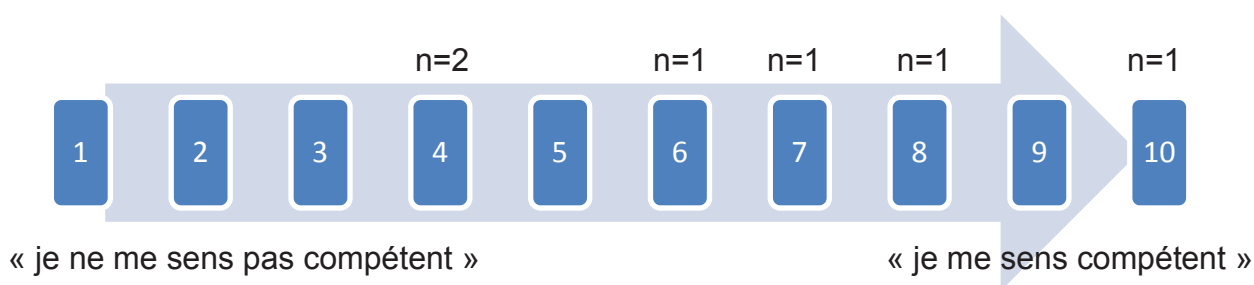


En premier lieu, les ergothérapeutes rencontrés ont estimé se sentir généralement à l'aise à être en présence d'une personne d'une culture différente de

la leur. Effectivement, sur une échelle de 0 à 10, une cote de dix correspondant à : « je me sens très à l'aise », deux participants ont évalué leur sentiment d'aisance à 7, trois participants ont répondu 8 et un a dit 10.

Ensuite, la Figure 2 illustre le sentiment de compétence culturelle perçu par les participants, c'est-à-dire l'appréciation de leur sentiment quant à être en mesure d'intervenir en ergothérapie auprès d'une personne ayant une culture différente de la leur.

Figure 2
Sentiment de compétence culturelle perçu par les participants



De fait, les ergothérapeutes ont avoué se sentir moins qualifiés en termes de compétence culturelle. Plus précisément, les participants se sont attribué des cotes de 4 (deux participantes), 6, 7, 8 et 10 sur une échelle de 10.

Il est à noter que cinq des participants ont indiqué que selon la culture d'une personne, leur sentiment de compétence culturelle perçu serait variable. Par exemple, quatre ont mentionné avoir davantage d'appréhensions face à des cultures arabes ou musulmanes. Ils ont tous exprimé un malaise à s'avouer ce constat; l'un des participants expliquait la situation par l'image que les médias diffusent quant à ces cultures, d'autres par le manque de connaissances qu'ils ont en raison des multiples différences qui opposent ces cultures à celle des Québécois dits de souche.

Tels sont donc les principaux résultats de cette étude. La section suivante se voit une discussion de ceux-ci et traitent d'autres éléments découlant de ces résultats.

6. DISCUSSION

Cette section comprend quatre parties. Dans un premier temps, un retour aux questions et aux objectifs à l'origine de cette étude est effectué. Dans un second temps, les principaux résultats de cette recherche sont comparés à ceux des écrits scientifiques actuellement disponibles. Dans un troisième temps, les forces et les limites de l'étude sont mises en lumière. Enfin, les apports et les conséquences de cette étude pour la pratique ergothérapique sont détaillés.

6.1 Retour aux questions et objectifs de l'étude

Les questions à l'origine de la présente recherche étaient les suivantes : Quelles sont les perceptions des ergothérapeutes quant à la compétence culturelle, à son développement et à leur sentiment de compétence à intervenir auprès de clients ayant une culture différente de la leur? Quels sont les facilitateurs et les obstacles à l'actualisation de la compétence culturelle dans le milieu clinique? Il s'ensuit que les objectifs principaux de cette étude étaient d'explorer et de décrire les perceptions d'ergothérapeutes quant à ces phénomènes, et ultimement, de favoriser la sécurité culturelle des clients dans le cadre des interventions ergothérapiques, de faciliter l'accès aux soins de santé à toute clientèle peu importe sa culture ainsi que de mieux desservir la clientèle ayant une culture différente de l'ergothérapeute, et ce, en identifiant des moyens et des outils pour soutenir le développement de la compétence culturelle des ergothérapeutes, compétence professionnelle jugée essentielle à la bonne pratique de la profession.

Les questions de cette étude ont partiellement été répondues dans la mesure où la perception des ergothérapeutes rencontrés quant aux concepts explorés dans le cadre de cet essai a été recueillie. Cela dit, étant donné la taille de l'échantillon et qu'il n'y a pas eu saturation des données, d'autres données seraient requises pour tracer un portrait davantage fidèle du point de vue des ergothérapeutes du Québec.

D'autre part, les objectifs ont, il s'ensuit, été partiellement atteints. Effectivement, des informations ont été obtenues et permettent d'apporter des pistes de solution dans le but d'atteindre les objectifs qui étaient ici visés.

6.2 Comparaison entre les résultats de cette étude et ceux des écrits

6.2.1 La compétence culturelle

Comme c'est le cas pour plusieurs nouveaux champs de recherche dans le domaine de la réadaptation, voire de l'ergothérapie comme l'éthique par exemple (Drolet et Hudon, 2014), les connaissances des participants-ergothérapeutes à l'étude quant à la compétence culturelle demeurent à ce jour somme toute limitées et rudimentaires. Effectivement, les participants n'ont en majorité pas pu décrire explicitement le concept faisant l'objet de cette recherche et aucun n'a fait référence aux différents modèles de compétence culturelle existant, que ce soient ceux développés par des ergothérapeutes (Munoz, 2007) ou d'autres professionnels ou scientifiques (Campinha-Bacote, 2002; Hart, Hall et Henwood, 2003; Schim, Doorenbos, Benkert et Miller, 2007; Sue, 2001; Taylor et coll., 2008). Ce constat n'est guère surprenant dans le contexte où la compétence culturelle est, à ce jour, peu enseignée dans les différents départements d'ergothérapie du Québec. D'ailleurs, comme mentionné précédemment, les notions de culture et de compétence culturelle sont d'un intérêt somme toute récent dans les écrits ergothérapiques (Hammell, 2013). Ces éléments expliquent que les participants se soient davantage servis de plusieurs autres concepts valorisés en ergothérapie ainsi que davantage connus, documentés et enseignés pour dépeindre le rôle de l'ergothérapeute qui, à titre de professionnel, doit assurer le développement de sa compétence culturelle.

Plusieurs idées utilisées par les participants de cette recherche afin de définir la compétence culturelle sont cela dit étroitement liées au modèle de la culture et de l'occupation (Black et Wells, 2007). Effectivement, pour les ergothérapeutes rencontrés, être compétent culturellement consiste à être conscient de la diversité culturelle et à être en mesure de ne pas se fier uniquement sur leurs propres repères dans le cadre d'une intervention bâtie pour une tout autre personne, ce qui réfère d'abord à l'exploration de soi. Aussi, ils ont fait référence aux connaissances

culturelles en identifiant le fait de devoir connaître les impacts de la culture sur les interactions sociales. Puis, les participants ont fait référence aux habiletés culturelles alors qu'ils indiquaient l'importance de faire preuve de flexibilité tant dans l'approche à utiliser que dans les interventions à mettre en place, de posséder de bonnes habiletés de communication, d'être centré sur le client et d'être capable d'établir une relation thérapeutique favorable. D'autres études, dont celle de Munoz (2007), vont dans le même sens, à savoir que l'une des capacités les plus importantes afin d'intervenir de façon compétente culturellement est d'être capable d'établir une bonne relation thérapeutique avec le client. Plusieurs ont également relevé l'importance de valider leurs observations et les informations recueillies auprès du client ou de ses proches afin de s'assurer de bien comprendre la situation du client sans égard à leurs propres normes. En d'autres mots, il est nécessaire d'avoir la capacité d'aller au-delà de sa propre vision du monde et de savoir où et comment obtenir des informations pertinentes afin de parvenir à établir la relation thérapeutique et élaborer des interventions adéquates pour le client, ce qui fait aussi référence au concept des connaissances culturelles du modèle de Black et Wells (2007).

Malgré leurs difficultés à définir la notion de compétence culturelle, agir à titre d'ergothérapeute compétent sur le plan de la culture signifie donc sensiblement la même chose pour les individus ayant participé à cette recherche que ce qui est répertorié dans les écrits sur le sujet. Stedman et Thomas (2011) ont conclu qu'être compétent culturellement impliquait d'aborder un client en considérant un individu avec une différente culture, plutôt que de s'intéresser seulement à la culture en soi. Ils se sont également prononcés favorablement quant à l'importance de collaborer avec divers partenaires (client, famille, intervenants), celle d'observer le contexte naturel du client, celle de porter une attention particulière aux moyens de communication utilisés ainsi qu'à celle d'offrir des traitements équitables plutôt que simplement des interventions justes. De plus, d'autres écrits comme celui d'Hammell (2013), soutiennent que l'humilité culturelle est essentielle à une pratique basée sur l'approche centrée sur le client. Ces résultats s'apparentent donc énormément aux résultats globaux obtenus dans le cadre de cette recherche.

6.2.2 Facilitateurs et obstacles à la réalisation de la compétence culturelle

Les perceptions relatives aux facilitateurs et obstacles des participants démontrent que la frontière entre ce qui définit la compétence culturelle et les éléments qui la permettent ou l'entravent n'est pas sans équivoque. Effectivement, il semblerait que certaines qualités d'être de la personne soient un facilitateur, mais qu'elles sont tellement essentielles à la compétence culturelle qu'elles deviennent aussi un constituant de cette compétence. Le fait que certains concepts comme l'ouverture d'esprit ou l'établissement d'une relation thérapeutique positive soient ressortis autant dans la définition de la compétence culturelle que dans les facilitateurs démontre la confusion qui existe quant à la perception de cette compétence. Non seulement la compétence culturelle est un concept abstrait, le fait que ce soit une notion très peu enseignée dans les universités et dans le cadre de formation continue pourrait possiblement avoir une influence sur les connaissances des ergothérapeutes à son sujet.

Certains participants ont, dans leurs mots, abordé la désirabilité sociale comme étant un obstacle à l'actualisation de la compétence culturelle. Or, aucun d'entre eux n'a parlé de la validité des outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes. Il est pourtant fort approprié de se demander si les questionnaires, les canevas d'entrevue et même le vocabulaire qu'ils utilisent sont adaptés à la situation culturelle des différents clients. Certains clients peuvent percevoir leur situation de santé autrement que le professionnel de la santé qui leur offre des soins puisqu'ils partagent un bagage culturel différent. Toutefois, il est primordial que les professionnels de la santé comprennent les comportements de santé des clients afin de favoriser une communication efficace (American Medical Association, 2002). Effectivement, les barrières langagières qu'ont identifiées les participants peuvent limiter la communication et la compréhension du professionnel quant à la situation de santé du client (American Medical Association, 2002). Nidorf et Morgan (1987) ont élaboré un questionnaire qui permet d'aborder le client et de procéder à une évaluation initiale à l'aide d'énoncés empreints d'ouverture et de non-jugement (American Medical Association, 2002). Ce formulaire se voit un outil intéressant afin

de prévenir les malentendus entre le professionnel de la santé et le client et d'établir d'emblée une relation thérapeutique positive. Dans les écrits, les faits de ne pas parvenir à établir un partenariat adéquat avec les clients et celui de ne pas suivre les recommandations sont reconnus comme étant des obstacles à l'actualisation de la compétence culturelle (Humbert, Burket, Deveney et Kennedy, 2011). Toutefois, si la communication est difficile, il est évident que le partenariat puisse être laborieux. D'autre part, si les recommandations sont incomprises, il y a donc peu de chance que les interventions soient pérennes (Drolet, Lalancette et Caty, sous presse).

Qui plus est, le fait que des participants perçoivent la conception des différents concepts ainsi que les gains secondaires de la réadaptation comme étant des obstacles démontre le manque de connaissance quant à la notion de compétence culturelle. La conception différente d'une idée évoque justement la diversité. L'obstacle serait plutôt d'avoir peu d'intérêt à comprendre cette différente vision des choses ou à croire qu'une seule et unique vision est normale et acceptable (Black et Wells, 2007). Dans la définition de la compétence culturelle, tous les participants ont fait référence à l'approche centrée sur le client. Cette dernière qui suggère que la vision des clients concernant leur réalité ne devrait pas être contrainte à rejoindre celle des thérapeutes (Iwama, Thomson et Macdonald, 2009) et implique un processus de négociation dans le but de trouver une solution qui réponde aux besoins autant du client que du thérapeute (Falardeau et Durand, 2012) favorise la compréhension de la situation du client concernant les gains que lui procure la réadaptation, plutôt que de les considérer comme étant des obstacles. En comprenant les besoins que comblent ces gains secondaires, il serait alors plus aisé d'offrir des services répondants aux besoins des clients et de dépasser cette difficulté.

6.2.3 Développement de la compétence culturelle

En lien avec le développement de la compétence culturelle, il n'est pas étonnant que les participants mentionnent avoir reçu peu de formations en lien avec celle-ci. Effectivement, au Québec, seule l'Université du Québec à Trois-Rivières offre une initiation officielle et obligatoire aux concepts entourant la compétence culturelle dans le cadre du cours *Formation clinique 5* qui s'avère le troisième stage du cursus scolaire⁶. Toutefois, seulement douze heures de ce cours sont consacrées aux notions de culture et de compétence culturelle, ce qui constitue un nombre d'heures somme toute limité pour aborder un tel sujet. À l'Université de Montréal, certains cours à la maîtrise tels qu'*Ergothérapie et multiculturalisme*, *Migration, ethnicité, diversité urbaine* ou *Inégalités sociales et parcours de vie* sont offerts aux étudiants en ergothérapie par diverses facultés. Ils semblent aborder principalement la notion de culture, mais de façon optionnelle dans le cursus scolaire des étudiants en ergothérapie.

D'autre part, les formations continues sur le sujet pour les cliniciens s'avèrent rares. Par exemple, sur le site de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, aucune formation au calendrier des formations continues offertes pour la prochaine année ne porte sur la compétence culturelle. Il se révèle également difficile d'en trouver une par soi-même sur le web en général. En fait, certains établissements de santé, notamment dans les régions urbaines comme Montréal, offrent des formations qui portent sur l'aspect pluriculturel des clientèles en collaboration avec divers organismes comme l'Institut Interculturel de Montréal. Toutefois, il apparaît difficile pour un particulier intéressé par le sujet, principalement lorsqu'il provient d'une région éloignée des grands centres, de s'inscrire volontairement à une formation continue en raison du faible nombre de formations disponibles et de leur accessibilité. Actuellement, un professionnel de la santé désirant développer sa compétence culturelle doit plutôt convaincre les gestionnaires de son établissement de la

⁶ Il est important de mentionner que cette conclusion est basée sur une analyse du contenu disponible sur Internet quant aux cours offerts dans les programmes d'ergothérapie des différentes universités au Québec, et ce, en date du mois de novembre 2014. Étant donné que les sites de certaines universités peuvent ne pas être nécessairement à jour, il est donc possible qu'il en soit autrement. La prudence sur ce point est donc requise.

pertinence d'une formation sur ce sujet ou effectuer par lui-même une autoformation via des lectures sur le sujet par exemple.

Pourtant, Stedman et Thomas (2010) ainsi que bien d'autres études ont relevé le besoin que les pratiques ergothérapiques soient assumées autrement afin d'assurer des résultats équitables chez les clients de diverses cultures. Pour ce faire, il est donc nécessaire que les ergothérapeutes soient davantage instruits sur le sujet. Ce fait est d'ailleurs corroboré par les résultats des études de Murden et ses collaborateurs (2008) et de Munoz (2007), qui affirment que l'enseignement quant à la compétence culturelle doit être bonifié. Ils déclarent aussi que l'une des bases importantes de la compétence culturelle est liée aux connaissances entourant la culture et les dimensions de la compétence culturelle. Selon eux, il serait impératif d'intégrer davantage le pluriculturalisme au curriculum scolaire (Munoz, 2007). Black et Wells (2007), ont inclus les connaissances culturelles à leur modèle en spécifiant que l'important n'est pas de détenir un savoir complet, mais bien de connaître des outils permettant de trouver l'information requise à la prestation de soins de santé de qualité et équitable. La formation universitaire se verrait l'endroit idéal pour permettre aux étudiants en ergothérapie d'explorer les différentes ressources qui s'offrent à eux.

Si les participants à cette étude ont nommé les voyages et l'expérience du terrain en guise d'opportunités pour le développement de la compétence culturelle, ce qui est effectivement pertinent et utile pour le développement de la sensibilité culturelle et la perception des iniquités liées à la culture (Hart, Hall et Henwood, 2003), d'autres auteurs pensent qu'il faut :

faire beaucoup plus que de s'informer au sujet des [cultures], [mais] avoir des partenariats continus dans les domaines de l'enseignement, de la pratique et de la recherche, [il faut] collaborer et apprendre des communautés comment rendre l'ergothérapie accessible, significative et efficace (Gerlach, Sullivan, Valavaara et Mc Neil, 2014, p.21).

D'autre part, Dix et Baptiste (2011) abordent les bénéfices du mentorat sur la conscience et le développement de la compétence culturelle des ergothérapeutes. Ils

affirment que la culture est influencée par et influence la pratique de l'ergothérapie. Ainsi, s'engager dans une réflexion avec un mentor permettrait autant à l'un comme à l'autre de mettre en perspective ses propres valeurs et pratiques, tout en les comparant avec celles de l'autre.

Dans les écrits, la pratique réflexive est également mentionnée comme étant un moyen efficace de contribuer au développement de la sensibilité culturelle (Watson, 2006; Townsend, Polatajko, Cantin et ACE, 2013; Dewhirst et Whittaker, 2011). La pratique réflexive correspond à un engagement professionnel nécessaire auquel doivent se livrer les professionnels de la santé dans le but de dispenser des soins de santé toujours de meilleure qualité (Osterman et Kottkamp, 1993). Ce processus de réflexion permet notamment aux professionnels d'effectuer un retour sur leurs pratiques ou, en d'autres mots, de remettre en perspective leurs actions afin de les analyser et d'en retirer des apprentissages (Kinsella, 2000). Ce dernier considère d'ailleurs la réflexion comme une étape indispensable à l'apprentissage. Selon Dewhirst et Whittaker (2011), la pratique réflexive favoriserait une meilleure conscience des valeurs que l'on véhicule et permettrait ainsi d'offrir des services d'ergothérapie davantage centrés sur le client ainsi qu'une meilleure collaboration avec ce dernier.

6.2.4 Sentiment personnel de compétence culturelle

En ce qui a trait au sentiment personnel de compétence culturelle des ergothérapeutes rencontrés, peu ont affirmé se sentir chevronnés quant à cette compétence. L'âge et le nombre d'années de pratique corrèleraient avec la conscience et les connaissances culturelles (Suarez-Balcazar et coll., 2009). Toutefois, il est à noter que l'expérience peut influencer les perceptions de sa propre compétence culturelle, mais n'assure pas l'individu d'être davantage compétent (Suarez-Balcazar et coll., 2009). De fait, il peut se présenter un écart entre sa compétence réelle et la perception qu'un individu a de sa compétence.

La majorité des participants ont avoué avoir certaines craintes en regard de certaines cultures bien précises. Ils ont également mentionné se sentir peu outillés

pour intervenir de façon adéquate sur le plan de la culture. Ces résultats concordent avec ce qui est disponible dans les écrits. Par exemple, Murden (2008) a trouvé que les ergothérapeutes ont conscience de l'importance de considérer l'aspect culturel dans leur pratique professionnelle quotidienne, mais qu'ils ne se sentent pas compétents sur ce plan. Stedman et Thomas (2010) ont, pour leur part, conclu que les ergothérapeutes n'étaient généralement pas certains de l'efficacité de leurs interventions sur le plan culturel.

6.3 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte certaines forces et limites. D'abord, en ce qui a trait aux forces, cette recherche se voit particulièrement pertinente sur les plans scientifique, social et professionnel. Comme il a été relaté en détails à la section dédiée à la problématique de cette recherche, cet essai répond à une préoccupation actuelle du domaine de l'ergothérapie et contribue à l'apport de connaissances concernant la compétence culturelle. À notre connaissance, cet écrit consiste en l'un des rares qui s'intéresse à la compétence culturelle dans un contexte ergothérapique et auprès de participants-ergothérapeutes québécois. De plus, il semble encore actuellement inédit d'explorer le processus du développement de la compétence culturelle en particulier. Puis, en raison de la diversité culturelle qui caractérise le Canada et du fait que la culture influence les comportements de santé, cet écrit se voit tout indiqué. Il permet d'amorcer des réflexions nécessaires à la diminution des iniquités vécues à ce jour par certains bénéficiaires des services de santé au sein de notre société. Cet écrit cherche à susciter la réflexion chez les ergothérapeutes quant à l'importance qu'ils accorderont à la dimension culturelle de leur clientèle. Il encourage l'exploration de soi des individus liés à l'univers de l'ergothérapie et appuie le développement de la profession ainsi que des pratiques ergothérapiques sécuritaires culturellement.

Enfin, cette recherche se prononce sur le fait qu'il manque d'outils pour soutenir le développement de la compétence culturelle chez les professionnels de la santé, en particulier les ergothérapeutes. Elle fournit donc des pistes intéressantes pour des travaux ultérieurs non seulement dans le domaine de la recherche, mais également dans le domaine de la pédagogie universitaire et professionnelle. Par le

fait même, elle appuie les initiatives des directions d'établissement qui supportent leurs personnels dans le développement de leurs compétences culturelles.

Cette étude comporte également certaines lacunes, principalement quant à la méthode utilisée. D'abord, en raison du cadre universitaire de ce travail, des ressources disponibles ainsi que des délais imposés, cette recherche a été effectuée auprès d'un échantillon de petite taille ($n=6$). Puis, il est possible qu'un biais soit présent quant à l'échantillonnage. Plus précisément, il se pourrait « que l'échantillon ne se compose que [de] sujets ayant choisi de participer » (Fortin, 2010), générant alors possiblement un échantillon peu représentatif de la population (Fortin, 2010). De plus, étant donné que seulement six ergothérapeutes ont été rencontrés, la saturation des données n'a pas été atteinte. La transférabilité des résultats se voit donc limitée, les résultats de cette recherche doivent être utilisés avec prudence (Fortin, 2010).

Ensuite, l'outil de cueillette des données utilisé pourrait avoir engendré de la désirabilité sociale. Effectivement, la culture est un concept délicat qui est étroitement lié aux valeurs, aux croyances et aux attitudes des personnes. Il est donc possible qu'en entrevue seul à seul, les participants puissent ne pas avoir osé exposer leurs véritables points de vue à l'étudiante-chercheuse ou ait tenté de se présenter sous un jour favorable.

Enfin, il est à noter que la codification des verbatim a seulement été revue et validée aux termes de discussions entre l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche. Effectivement, seule l'étudiante chercheuse a procédé à la codification complète des verbatim. Or, pour obtenir une validité supérieure des résultats, les verbatim auraient dû être doublement codifiés, soit par au moins deux individus distincts afin d'assurer la justesse des codes établis.

6.4 Retombées de la recherche

Les résultats de cette étude ont diverses retombées pour la pratique de l'ergothérapie sur les plans de la clinique, de l'enseignement, de la recherche et de la gestion.

Notamment, cette étude a permis de générer la réflexion des participants, de l'étudiante chercheuse ainsi que de tous les lecteurs de cet essai quant à leur propre compétence culturelle. Suite à la lecture de cet écrit, les lecteurs sont encouragés à réfléchir sur les actions qu'ils peuvent poser afin de changer concrètement leur pratique et de la rendre davantage adéquate aux besoins culturels de leur clientèle. Concernant l'étudiante-chercheuse, celle-ci a eu la chance de faire multiples constats dont celui de l'importance de considérer la culture lors de la démarche clinique propre à l'ergothérapie pour sa pratique future. Aussi, les participants ayant pris part à ce projet de recherche ont amorcé une réflexion concernant le sujet et sont susceptibles de la poursuivre ou d'avoir apporté des changements à leur pratique de façon subséquente à l'entrevue réalisée.

Conséquemment aux retombées cliniques, il s'avère essentiel que la compétence culturelle soit davantage abordée dans les cursus universitaires ainsi que dans le cadre des formations continues offertes aux ergothérapeutes. Plusieurs solutions s'offrent aux institutions universitaires offrant le programme d'ergothérapie. Murden et ses collaborateurs (2008) proposent d'inclure des vignettes portant sur l'aspect culturel ainsi que d'explorer le sujet plus en profondeur lors des cours en mettant l'emphasis sur la conscience culturelle à chaque opportunité donnée ainsi qu'en insistant davantage sur les différences culturelles et leurs impacts cliniques. Ils recommandent également de favoriser l'exposition à diverses situations culturelles, notamment lors des expériences de stage.

Aussi, des lectures obligatoires concernant la compétence culturelle pourraient être distribuées tout au long de la formation afin de susciter la réflexion des étudiants. Un travail réflexif écrit lié à ces lectures pourrait être exigé dans le cadre d'un cours

choisi par le département d'ergothérapie chaque session du cheminement universitaire.

Puis, le modèle Kawa qui se voit un modèle très flexible et adapté aux différentes cultures (Iwama, Thomson et Macdonald, 2009) pourrait être vu de façon plus approfondie dans un cours d'assises théoriques en ergothérapie. Effectivement, ce modèle théorique s'avère un outil qui s'intéresse principalement au contexte qui forme et influence la réalité d'une personne (Iwama, Thomson et Macdonald, 2009) et qui peut être utilisé en complément à d'autres modèles ou outils d'évaluation pour permettre au thérapeute de mieux comprendre le monde propre du client. Par le fait même, ce dernier serait donc autorisé à mieux exprimer ses désirs, valeurs et croyances (Iwama, Thomson et Macdonald, 2009).

De plus, il serait également pertinent d'assurer le développement constant de cette compétence grâce à des formations continues. Celles-ci pourraient être offertes sous diverses formes. Par exemple, des capsules Internet pourraient être rendues disponibles via le site de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, celui de l'Association canadienne des ergothérapeutes ou celui de la Fédération mondiale des ergothérapeutes où des évidences scientifiques concernant le sujet pourraient être envoyées par courriel sur une base régulière, lesquelles pourraient être discutées sur une plateforme d'échange animée par des questions de base. Aussi,

plusieurs dimensions de l'expérience pratique sont des occasions de réflexion et d'apprentissage pour la plupart des professionnels. Ces dimensions comprennent non seulement les expériences concrètes, mais également les présupposés, les croyances, les idées, les sentiments, les actions et les comportements d'une personne. La pratique réflexive cherche à faciliter la réflexion dans chacun de ces domaines » (Kinsella, 2000).

Si, comme l'indique Watson (2006), la pratique réflexive est le meilleur moyen de développer la sensibilité culturelle, alors il pourrait être pertinent que l'aspect culturel soit abordé dans le portfolio professionnel.

D'autre part, la réalisation de ce projet a permis de constater qu'encore peu d'écrits concernent la culture et que le sujet est à ce jour toujours émergent dans le domaine de l'ergothérapie. En outre, la majorité des écrits actuellement disponibles sont basés sur des études ayant exploré les opinions ou le vécu des professionnels. Aucune, à notre connaissance, ne s'est intéressée au vécu des bénéficiaires de services de santé (Munoz, 2007). Cependant, leurs apports pourraient être bénéfiques pour une meilleure compréhension des divers concepts et pour favoriser l'amélioration des soins. Ainsi, l'exploration du vécu des clients ainsi que l'observation des comportements cliniques sont des pistes intéressantes pour de futures recherches qui permettraient de trianguler les informations recueillies dans le cadre de cette étude. Pour éviter la discrimination institutionnelle, il serait opportun d'étudier dans quelle mesure les institutions de santé du Québec sont véritablement inclusives. Cette étude s'est penchée sur les relations entre les personnes, mais les relations personnes-institutions auraient avantage, elles aussi, à être scrutées.

Enfin, du côté administratif, cet essai encourage les gestionnaires à soutenir les professionnels dans leurs désirs d'être plus compétents sur le plan de la culture. Pour ce faire, il serait d'abord opportun d'établir des collaborations avec les regroupements professionnels, les syndicats, les chefs de programmes ainsi que les différents organismes qui s'intéressent à la diversité culturelle de dégager des budgets pour ce genre de formations.

Plusieurs pistes de solutions s'offrent aux acteurs du domaine de la santé afin que le rôle de la culture soit considéré à sa juste valeur. Si des outils étaient mis à la disposition des apprentis et des professionnels de la santé, si les ergothérapeutes, les gestionnaires ainsi que les chercheurs faisaient de la culture l'une de leurs priorités, la sécurité culturelle des clients dans le cadre des interventions ergothérapiques pourraient alors être assurée et la clientèle serait inévitablement mieux desservie et de manière plus équitable.

7. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'explorer et de décrire les perceptions d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle, à son développement ainsi qu'au sentiment de compétence des ergothérapeutes à intervenir auprès de clientèles appartenant à des cultures différentes de la leur, de même que les facilitateurs et les obstacles à l'actualisation de la compétence culturelle dans le milieu clinique.

Pour ce faire, six ergothérapeutes ont accepté de participer à une entrevue individuelle pendant laquelle ils ont été questionnés sur les objets de l'étude. Globalement, les résultats de cette étude témoignent que la notion de compétence culturelle est difficilement saisie par les ergothérapeutes rencontrés, mais que plusieurs éléments importants sont décrits dans les mots des ergothérapeutes qui rejoignent le modèle de la culture et de l'occupation de Black et Wells (2007) ainsi que des écrits sur le sujet. Concernant le développement de la compétence, les données recueillies auprès des participants à cette recherche correspondent aux informations disponibles dans les écrits, c'est-à-dire que l'enseignement actuel sur le sujet est pauvre et insuffisant. Le sentiment de compétence personnelle de la majorité des participants-ergothérapeutes à cette étude s'apparente aussi à ce qui se trouve dans les évidences scientifiques, à savoir qu'ils sont conscients qu'il est primordial de considérer la culture dans la démarche ergothérapique, mais qu'ils se sentent peu compétents ou plutôt peu outillés quant à cette compétence essentielle. Enfin, les ergothérapeutes rencontrés ont identifié plusieurs éléments qui facilitent ou entravent l'actualisation de la compétence culturelle. Ceux-ci sont majoritairement des caractéristiques de l'environnement, du thérapeute ou du client. En outre, les participants ont éprouvé des difficultés à différencier les facilitateurs de ce qui définit la compétence culturelle.

En bref, le fait de reconnaître que la culture influence directement l'identité occupationnelle des clients permettra d'offrir des soins de santé de qualité et de réduire les iniquités en santé dont sont victimes plusieurs clients issus des minorités visibles. Effectivement, en choisissant les occupations signifiantes, en utilisant les

sources de motivation des clients et en s'assurant que les interventions ont une signification pour la personne d'après son propre réservoir de sens ou qu'elles sont compatibles avec son système de croyances et de valeurs, alors les résultats positifs des interventions ergothérapeutiques risquent davantage de perdurer dans le temps (Murden, 2008).

Aussi, le développement de formations et d'outils cliniques en lien avec les résultats de ces recherches serait un atout non négligeable pour améliorer les pratiques à la fois du point de vue de la culture et de l'éthique. Plus précisément, l'enseignement et la création d'outils cliniques en lien avec l'aspect culturel favoriseraient des pratiques ergothérapeutiques culturellement sécuritaires, soutiendraient l'équité dans la distribution des soins et des services ergothérapeutiques.

De futurs travaux scientifiques portant sur la notion de compétence culturelle permettraient de contribuer à la sécurité culturelle des clients dans le cadre des interventions ergothérapeutiques et faciliteraient l'accès de tous aux soins de santé. Par exemple, il serait intéressant de se pencher sur la perception de bénéficiaires de soins de santé quant à la compétence culturelle et le sentiment de sécurité culturelle perçu par ces derniers. Aussi, étant donné que les ergothérapeutes ont nommé des obstacles liés à l'environnement, des études documentant la présence ou non de discrimination institutionnelle à l'endroit de clients appartenant à une minorité visible s'avèrent opportunes.

Finalement, pour que la situation change réellement sur le terrain, les professionnels de la santé auront besoin du support de leurs gestionnaires. Ces derniers doivent être sensibilisés à l'importance de l'influence de la culture sur les comportements de santé et de celle de la compétence culturelle afin de déployer leurs ressources relatives à la formation continue dans le but de soutenir le développement de cette compétence professionnelle essentielle à la bonne pratique de tout ergothérapeute, voire de tout intervenant.

RÉFÉRENCES

- American Medical Association. (2002). *Delivering culturally effective health care to adolescents*. Chicago, IL: American Medical Association.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (1997). *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2002). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Beagan, B. L., & Chacala, A. (2012). Culture and diversity among occupational therapists in Ireland: when the therapist is the 'diverse' one. *The British Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 144-151. doi: 10.4276/030802212X13311219571828
- Black, R. M., and Wells, S. A. (2007). *Culture and occupation: A model of empowerment in occupational therapy*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Cole, M. B. (2005). *Group dynamics in occupational therapy: the theoretical basis and practice application of group intervention*. Thorofare, NJ: Slack.
- DePoy, E. et Gitlin, L. N. (2011). *Introduction to research. Understanding and applying multiple strategies*. St-Louis: Elsevier.
- Dewhirst, K., & Whittaker, A. (2011). Culture, réflexion et pratique centrée sur le client: rassembler les morceaux. *Actualités ergothérapiques*, 14(1), 15-17.
- Dhillon, S., et Dhiman, R. (2011). Client-therapist ethnic concordance : Helpful or harmful? *Occupational therapy now*, 14(1), 28-29.
- Dix, L., et Baptiste, S. (2011). Mentorship to facilitate exploration of cultural values. *Occupational therapy now*, 14(1), 21-22.
- Drolet, M.-J. (2010). *L'universalité des droits humains dans le contexte du pluralisme axiologique inhérent aux relations internationales : le cas du confucianisme*. Montréal : Université de Montréal.
- Drolet, M.-J. (2014a). *De l'éthique à l'ergothérapie : la philosophie au service de la pratique ergothérapique* (2e édition). Québec (Québec): Presses de l'Université du Québec.

- Drolet, M.-J. (2014b). The axiological ontology of occupational therapy: A philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 2-10. doi: 10.3109/11038128.2013.831118
- Drolet, M. J., & Hudon, A. (2014). Theoretical frameworks used to discuss ethical issues in private physiotherapy practice and proposal of a new ethical tool. *Med Health Care Philos.* doi: 10.1007/s11019-014-9576-7
- Drolet, M.-J., Lalancette, M., & Caty, M-È. (sous presse). *L'ABC de l'argumentation pour les professionnels de la santé. La rhétorique au service de la pratique professionnelle*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Falardeau, M., & Durand, M. J. (2012). Negotiation-centred versus client-centred: which approach should be used? *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 69(3), 135.
- Fortin, F. G. J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Fougeyrollas, P.; Cloutier, R.; Bergeron, H.; Côté, J.; St-Michel, G. (1998). La classification québécoise du Processus de production du handicap et la révision de la CIDIH. *Revue Développement humain, handicap et changement social* » / « *Human Development, Disability, and Social Change*, 9(2-3), 14-25.
- Gerlach, A. 2012. A critical reflection on the concept of cultural safety. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 151-158.
- Gerlach, A., Sullivan, T., Valavaara K., et Mc Neil, C. (2014). Tourner son regard vers l'intérieur : adopter des pratiques relationnelles fondées sur la sécurité culturelle auprès des personnes autochtones. *Actualités ergothérapiques*, 16(1), 20-21.
- Hammell, K. R. W. (2013). Occupation, well-being, and culture: Theory and cultural humility. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 80(4), 224.
- Hart, A., Hall, V., & Henwood, F. (2003). Helping health and social care professionals to develop an 'inequalities imagination': a model for use in education and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 480-489. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02555.x
- Humbert, T. K., Burket, A., Deveney, R., & Kennedy, K. (2011). Occupational therapy practitioners' perspectives regarding international cross-cultural work. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 300-309. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00915.x

- Iwama, M. K. (2004). Guest editorial. Meaning and inclusion: revisiting culture in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51(1), 1-2.
- Iwama, M. K. (2007). Embracing diversity: explaining the cultural dimensions of our occupational therapeutic selves. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 54(2), 16-23.
- Iwama, M. K., Thomson, N. A., & Macdonald, R. M. (2009). The Kawa Model: the power of culturally responsive occupational therapy. *Disability & Rehabilitation*, 31(14), 1125-1135. doi: 10.1080/09638280902773711
- Kinsella, E. A. (2000). *Perfectionnement professionnel et pratique réflexive: Stratégies d'apprentissage fondées sur l'expérience professionnelle*. Toronto: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Lebrun, L. A., & Shi, L. (2011). Nativity Status and Access to Care in Canada and the U.S.: Factoring in the Roles of Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(3), 1075-1100.
- Miles, M. B. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e édition). Paris: De Boeck.
- Miller, S. (2009). Cultural humility is the first step to becoming global care providers. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(1), 92-93. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00311.x
- Muñoz, J. P. (2007). Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International*, 14(4), 256-280.
- Murden, R., Norman, A., Ross, J., Sturdivant, E., Kedia, M., & Shah, S. (2008). Occupational therapy students' perceptions of their cultural awareness and competency. *Occupational Therapy International*, 15(3), 191-203.
- Nidorf, J-F., & Morgan, M-C. (1987). Cross-cultural issues in adolescent medicine. *Primary care*, 14(1), 69-82.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : project [sic] final, version complète*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé. Équipe classification, évaluation, enquêtes et terminologie.
- Osterman, K., & Kottkamp, R. (1993). *Reflective practice for educators: improving schooling through professional development*. Newbury Park, CA: Corwin Press.
- Papps, E., & Ramsden, I. Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 8(5), 491.

- Pérez, M. A. L. R. R. (2008). *Cultural competence in health education and health promotion*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schim, S. M., Doorenbos, A., Benkert, R. et Miller, J. (2007). Culturally Congruent Care Putting the Puzzle Together. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 103-110.
- Statistique Canada. (2005). *Projections des populations autochtones, Canada, provinces et territoires* (Publication n°91-547-X). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-547-x/2005001/4072120-fra.htm>
- Statistique Canada. (2006). *Étude : Les Canadiens et la religion*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/060502/dq060502a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2008). *Recensement de 2006 : Origine ethnique, minorités visibles, lieu de travail et mode de transport*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080402/dq080402a-fra.htm#cont>
- Statistique Canada. (2010a). *Projections de la diversité de la population canadienne* (Publication n° 91-551-X). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-551-x/91-551-x2010001-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2010b). *Caractéristiques et résultats sur le marché du travail des immigrants formés à l'étranger* (Publication n° 81-595-M, 84). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-595-m/81-595-m2010084-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2010c). *Tendances du taux de décrochage et des résultats sur le marché du travail des jeunes décrocheurs*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2010004/article/11339-fra.htm>
- Statistique Canada. (2012a). *Caractéristiques linguistiques des Canadiens* (Publication n° 98-314-X2011001). Repéré à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-314-x/98-314-x2011001-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2012b). *Étude : Profil des parents de familles recomposées, 2011* (Publication n° 11-001-X). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/121018/dq121018d-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2013a). *Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada : Enquête nationale auprès des ménages, 2011* (Publication n° 99-010-X2011001). Repéré à <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2013b). *L'incapacité au Canada : premiers résultats de l'Enquête Canadienne sur l'incapacité* (Publication n° 89-654-X). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2013002-fra.pdf>

- Statistique Canada. (2013c). *Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits : Enquête nationale auprès des ménages, 2011* (Publication n° 99-011-X2011001). Repéré à <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.pdf>
- Statistique Canada. (2013d). *Migrations : internationales, 2010 et 2011* (Publication n° 91-209-X). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2013001/article/11787-fra.pdf>
- Stedman, A., & Thomas, Y. (2011). Reflecting on our effectiveness: occupational therapy interventions with indigenous clients. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(1), 43-49. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00916.x
- Suarez-Balcazar, Y., Rodawoski, J., Balcazar, F., Taylor-Ritzler, T., Portillo, N., Barwacz, D., & Willis, C. (2009). Perceived Levels of Cultural Competence Among Occupational Therapists. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(4), 498-505. doi: 10.5014/ajot.63.4.498
- Sue, D. W. (2001). Multidimensional Facets of Cultural Competence. *The Counseling Psychologist*, 29(6), 790-821.
- Taylor, M. C. (2000). Living with Diversity: the Challenge to be Inclusive. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63(9), 411-411.
- Taylor-Ritzler, T., Balcazar, F., Dimpfl, S., Suarez-Balcazar, Y., Willis, C., et Schiff, R. (2008). Cultural competence training with organizations serving people with disabilities from diverse cultural backgrounds. *Journal of Vocational rehabilitation*, 29, 77-91.
- Townsend, E., Polatajko, H. J., & Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2008). *Faciliter l'occupation: L'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., Polatajko, H. J., Cantin, N., et Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). (2013). *Habiliter à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Tseng, W.-S., & Streltzer, J. (2008). *Cultural competence in health care*. New York: Springer.
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099-2106. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>

- Watson, R. M. (2006). Being before doing: the cultural identity (essence) of occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), 151-158.
- Wood, P. J., & Schwass, M. (1993). Cultural safety: A framework for changing attitudes. *Nursing Praxis in New Zealand*, 8, 4-15.

ANNEXE A

QUESTIONNAIRE SOCIO DÉMOGRAPHIQUE

Questionnaire socio démographique

2014

**Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales.
Elles demeureront absolument confidentielles et anonymes.**

1. Sexe : _____
2. Âge : _____ 20-30 ans _____ 31-40 ans _____ 41-50 ans _____ 51+ans
3. À quel(s) groupe ethnique considérez-vous appartenir? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.
_____ Asiatique
_____ Blanc/Caucasien
_____ Latino/Hispanique
_____ Moyen Orient
_____ Noir
_____ Première nation/Métis
_____ Autre, précisez : _____
4. Plus haut niveau scolaire complété :
_____ Baccalauréat
_____ Maîtrise
_____ Doctorat
_____ Autre, précisez : _____
5. Ville de provenance : _____
6. Ville de pratique : _____
7. Nombre d'année d'expérience : _____
8. Milieu de pratique :
_____ Centre hospitalier
_____ Centre d'hébergement et de soins de longue durée
_____ Centre local de service communautaire
_____ Centre de réadaptation en déficience physique
_____ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
_____ Clinique privée
_____ École, commission scolaire
_____ Autre, précisez : _____
9. Au près de quel(s) groupe ethnique considérez-vous intervenir? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.
_____ Asiatique
_____ Blanc/Caucasien
_____ Latino/Hispanique
_____ Moyen Orient
_____ Noir
_____ Première nation/Métis
_____ Autre, précisez : _____

ANNEXE B CANEVAS D'ENTREVUE

Canevas d'entrevue	2014
--------------------	------

Entrevue semi-structurée

Culture, compétence culturelle (cc), développement de la cc et sentiment de compétence perçu à intervenir auprès de clients d'une culture différente à la sienne

Section 1 : culture

- Selon vous, qu'est-ce que la culture?
- Décrivez vos origines culturelles.

Section 2 : compétence culturelle

- Qu'est-ce que la compétence culturelle en ergothérapie et comment la percevez-vous?
- Selon vous, quel est le lien entre la culture, les rôles et les occupations?
- Selon vous, dans quelle mesure est-ce que les traditions, les coutumes ou les rituels définissent le comportement d'une personne?
- Selon vous, quels sont les obstacles à intervenir de façon compétente culturellement?
- Selon vous, quels sont les facilitateurs à intervenir de façon compétente culturellement?
- Donnez un exemple d'une bonne conscience de la diversité culturelle.
- Donnez un exemple où vous pourriez démontrer de l'empathie et de la sensibilité envers un client dont la culture évoque des sentiments négatifs pour vous.

Section 3 : développement de la compétence culturelle

- Quelle est la formation que vous avez reçue en relation avec la compétence culturelle?
- Selon vous, qu'est-ce qui permet de développer la compétence culturelle des ergothérapeutes?

Section 4 : sentiment de compétence perçu relatif à la compétence culturelle

- Comment vous sentez-vous à l'aise d'être en présence d'une personne d'une différente culture de la vôtre sur une échelle de 0 à 10 et pourquoi?
- Comment vous sentez-vous compétent à intervenir auprès d'une personne appartenant à une culture différente de la vôtre sur une échelle de 0-10 et pourquoi?
- Dans le cadre de votre pratique, avez-vous déjà vécu un conflit ou un dilemme éthique relatif à la culture?
- Si oui, comment l'avez-vous résolu?
- Sinon, advenant un conflit ou un dilemme éthique relatif à la culture, quelles mesures prendriez-vous ou quels outils utiliseriez-vous pour le résoudre ?
- Avez-vous déjà suivi une formation en éthique? Pouvez-vous m'en parler?

Conclusion

- Quelle est votre vision idéale quant à un ergothérapeute compétent culturellement?
- Désirez-vous recevoir les résultats de l'étude?

Merci énormément de votre participation à cette étude!

ANNEXE C CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

UQTR



Savoir.
Surprendre.

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Exploration de la perception d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle, son développement et à leur sentiment de compétence perçu à intervenir auprès de clients ayant une culture différente de la leur

Chercheurs : Vanessa Charbonneau
Département d'ergothérapie

Organismes : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CDERS-14-04-06.06

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 09 juin 2014 au 09 juin 2015

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuré de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Hélène-Marie Thérien

Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité

Fanny Longpré

Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 09 juin 2014

ANNEXE D
LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche

*Perception d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle et à leur sentiment
de compétence à intervenir auprès de clients ayant une culture différente de la
leur*

Vanessa Charbonneau
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
Téléphone : 819-668-4466
Courriel : vanessa.charbonneau@uqtr.ca

Marie-Josée Drolet, erg, Ph.D.
Professeure et directrice de la recherche
Département d'ergothérapie de l'UQTR

Votre participation à ce projet de recherche, qui vise à mieux comprendre la compétence culturelle dans un contexte de pratique en ergothérapie, serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche de niveau maîtrise sont d'explorer la perception d'ergothérapeutes québécois quant à la compétence culturelle, au processus de son développement et au sentiment de compétence perçu à intervenir auprès d'une clientèle appartenant à une culture différente de la leur. Ultiment, les données recueillies lors des entrevues seront comparées à celles des écrits afin de décrire la compétence culturelle et son développement et afin de discuter du sentiment de compétence perçu à intervenir auprès de clients ayant une culture différente de celle du thérapeute.

Le but de cette lettre d'information est de vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de la lire attentivement et n'hésitez pas à poser toute question que vous jugerez utile.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir le questionnaire socio démographique distribué au moment de l'entrevue ainsi que de participer à une entrevue semi-dirigée qui se déroulera à l'endroit et au moment de votre choix, et ce, en dehors de votre temps de travail. Il faut prévoir environ une heure pour la réalisation de l'entrevue et environ 15 minutes pour remplir le questionnaire sociodémographique. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio et portera sur la thématique de la culture, de la compétence culturelle, son développement ainsi que sur votre sentiment de compétence à intervenir avec une clientèle provenant d'une culture différente de la vôtre. Les questions qui vous seront posées seront en général ouvertes et aucune bonne réponse n'est déterminée à l'avance, car notre intention est de recueillir votre perception subjective de différents aspects entourant l'intervention ergothérapique en contextes pluriculturels.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun inconvénient direct n'est associé à votre participation à ce projet, mis à part le temps consacré à l'entrevue et au questionnaire, soit environ une heure 15 minutes. Le temps consacré aux déplacements peut également être un inconvénient.

Bénéfices

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée. Cependant, en participant à ce projet, vous contribuerez à l'avancement des connaissances au sujet de la compétence culturelle appliquée à l'ergothérapie. Les résultats de la recherche pourront également vous être communiqués, si tel est votre souhait.

Confidentialité

Les données recueillies lors de cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée grâce à un code numérique (par exemple ergothérapeute #1). Aucun nom n'apparaîtra sur les questionnaires ou autres documents. Tous les renseignements obtenus ainsi que les documents confidentiels seront conservés dans un classeur sous clé, dans le bureau barré de ma directrice de recherche. Les données seront détruites sous sa supervision dans cinq ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'un essai critique, de conférences et, possiblement, d'un article dans une revue professionnelle ou scientifique ne permettront pas d'identifier les participants à l'étude.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre d'y participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps, et ce, sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Remerciement

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions sincèrement.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi via les coordonnées inscrites au début de ce formulaire.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Marie-Ève St-Germain, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Vanessa Charbonneau m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Perception d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle et à leur sentiment de compétence à intervenir auprès de clients ayant une culture différente de la leur*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. J'accepte qu'un enregistrement audio soit produit à partir de l'entrevue à laquelle je participe et comprends que ce dernier sera seulement utilisé à des fins d'analyse. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant décembre 2014. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne :

À noter : Si cette adresse venait à changer, il vous faudrait en informer l'étudiante- chercheuse.

Numéro du certificat : CER-14-04-06.06

Certificat émis le 09 juin 2014

ANNEXE E LETTRE DE RECRUTEMENT



Invitation à participer à la recherche intitulée :

Perception d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle et à leur sentiment de compétence à intervenir auprès de clients ayant une culture différente de la leur

Si vous êtes ergothérapeute et travaillez à titre de clinicien, vous êtes invité à participer à une recherche visant à recueillir la perception d'ergothérapeutes quant à la compétence culturelle et à leur propre sentiment de compétence à intervenir auprès de clients d'une culture différente de la leur. Peu importe votre intérêt en regard de la culture, votre participation à cette recherche serait grandement appréciée!

En acceptant de participer à cette recherche, vous consentez à donner environ une heure et demie de votre temps et contribuerez à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'éthique appliquée à l'ergothérapie. Concrètement, vous participerez à une entrevue d'environ une heure et remplirez un questionnaire socio démographique. J'irai vous rencontrer dans un lieu et à un moment à votre convenance, en dehors de vos heures de travail. Si vous préférez venir à l'UQTR, notez que le stationnement 8 est offert gratuitement lors de la saison estivale.

Si vous souhaitez en apprendre davantage sur cette recherche qui a obtenu l'approbation éthique du comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), inscrivez vos coordonnées sur la feuille prévue à cet effet afin d'être contacté par Vanessa Charbonneau, étudiante à la maîtrise en ergothérapie à l'UQTR; ou contactez-la directement par téléphone au 819-668-4466 ou par courriel à l'adresse suivante : vanessa.charbonneau@uqtr.ca

Avec tous mes remerciements,

Vanessa Charbonneau
Étudiante à la maîtrise en ergothérapie, UQTR